

Liisa Mäki

Yksityisen palveluntuottajan kotihoidon kokonaisvaltainen kehittäminen

Opinnäytetyö

Kevät 2018

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen yAMK

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Tutkinto-ohjelma: Sosiaali- ja terveysala ylempi AMK

Tekijä: Mäki, Liisa

Työn nimi: Yksityisen palveluntuottajan kotihoidon kokonaisvaltainen kehittäminen

Ohjaaja: Loppela, Kaija, yliopettaja

Vuosi: 2018

Sivumäärä: 66

Liitteiden lukumäärä: 3

Tämän kehittämistyön aihe liittyy yksityisen palveluntuottajan kotihoidon kehittämiseen ajankohtana, kun suomalainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos on tulossa. Kotihoito on toimintaa, jossa kotisairaanhoidon ja kotipalvelujen toiminnot on yhdistetty yhteiseksi palvelumuodoksi.

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli arvioida yksityisen palveluntuottajan kotihoidon nykytilanne ja kartoittaa siinä olevia kehittämiskohteita työntekijöiden ja johdon näkökulmasta. Kehittämisen tavoitteena on tuottaa laadukasta kotihoitoa tilanteeseen, kun asiakas voi valita kotihoidon palveluntuottajan.

Kehittämistyön lähestymistapa oli laadullinen. Se toteutettiin tutkimuksellisen kehittämistoiminnan tapaan ja siinä oli piirteitä toimintatutkimuksesta. Aineistona ovat olleet kotihoitoon palaverien muistiot (n=13), SWOT-analyysin (n=8) ja oppimiskahvilan tuotokset (n=11). Oppimiskahvilassa osallistujat valitsivat kehitettävät kohteet teemoista, jotka oli saatu SWOT-analyysistä sisällönanalyysillä. Kehittämiskohteiden käytännön toteutus perustui ohjausryhmän ja kehittämisryhmän vuoropuheluun, miten todettuja ongelmia voidaan kehittää.

Kehittämisen kohteiksi nousivat kotihoidon työntekijöiden tehtäväkuvat, lääkinnälliset laitteet ja välineet, työtilat sekä viestintään liittyvät sisällöt. Lisäksi kotihoidon prosessikuvaus päivitettiin nykykäytäntöä vastaavaksi. Myös kotihoidon palvelut tuotteistettiin, mutta jatkossa kehittämiseen liittyy niiden markkinoiminen ja kuvaaminen esim. kotisivuilla.

Tuloksena oli monia uudistuksia, jotka selkeyttivät kotihoidon toimintaa. Kotihoidon työntekijöiden käytössä olevat laitteet ja välineet uusittiin. Kotihoidon käytössä olevat työtilat kaksinkertaistuvat. Asiakastietokannan toimivuus parantui ja sen seurauksena viestintä tehostui ja parani myös laadullisesti. Henkilökunnan työtyytyväisyys parani kehittämisen seurauksena.

Avainsanat: kotihoito, yksityinen palveluntuottaja, osallistaminen, dialogisuus, työhyvinvointi

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health care and Social work

Degree programme: Master's Degree Programme in Development and Management in Health care and Social Work

Author: Mäki, Liisa

Title of thesis: The Comprehensive Development of Home Care for a Private Service Provider

Supervisor: Loppela, Kaija, Principal Lecturer

Year: 2018

Number of pages: 66

Number of appendices: 3

The topic of this paper focusses on the home care of a private service provider at a moment when the Finnish social welfare and health care reform is upcoming. The home care is a process in which the home nursing and the functions of home help services have been combined as a common form of service.

The purpose of this paper was to evaluate the current state of home care of a private service provider and to map the development targets for the employees and the management. The aim is to provide quality home care in the situation where a customer can choose a home care service provider. The approach of this development project was qualitative and it had the features of a research development activity and operational research. The material has been meeting records (n=13), SWOT analysis (n=7) and the outputs of the learning café (n=11). Development took place in a dialogue between employees and management.

The participants chose the subjects that needed to take as under developing. These subjects were the duties of workers, medical devices and tools, work premises and contents which are related to communication. In addition, the process description was updated to correspond to the current practice. The services of home care must be marketed in the future and described, for example on the homepage.

The result was a number of reforms that clarified home care activities. The medical devices and equipment used by home care workers were renewed as well. New workrooms were available for home care, so they doubled. The functionality of the customer database improved, and as a result, communication improved in qualitative terms. Staff job satisfaction improved as a consequence of this development.

Keywords: home care, private service provider, involvement, dialogue, well-being at work

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
Kuvio- ja taulukkoluettelo.....	6
Käytetyt termit	7
1 JOHDANTO	8
2 SOSIAALIPALVELUJEN KEHITTYMINEN JA KOLMANNEN SEKTORIN TOIMIJOIDEN ASEMA	10
2.1 Sosiaalipalvelujen kehitys ja kolmannen sektorin aseman muutos	10
2.2 Kotihoidon palvelun tuottajat ja asiakkaat	11
2.3 Kotihoidon palveluiden tarvitsijat ja myöntämiskriteerit Seinäjoen alueella	12
3 KOTIHOIDOSTA TUTKITTUA	16
4 KESKUSTELLEN JA YHTEISTYÖSSÄ KEHITTÄEN KOHTI KANNATTAVAA KOTIHOITOA.....	22
5 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	25
6 KEHITTÄMISEN TOTEUTUS	26
6.1 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta ja toimintatutkimus menetelmällisenä valintana.....	26
6.2 Kehittämistyön aineistot	29
6.2.1 Asiakirjat	29
6.2.2 SWOT	30
6.2.3 Oppimiskahvila sekä ohjausryhmä ja kehittämisryhmä dialogissa ..	31
6.2.4 Benchmarking	31
6.3 Aineiston analyysi	32
6.4 Kehittämistoiminnan luotettavuuden arviointi ja eettisyys	33
6.5 Kehittämisen eteneminen.....	34
7 KEHITTÄMISTOIMINNAN TULOKSET	36
7.1 Kotihoidon tilanne kehittämisen alkuvaiheessa	36
7.1.1 Vahvuudet.....	37

7.1.2 Heikkoudet	38
7.1.3 Mahdollisuudet	40
7.1.4 Uhat	41
7.1.5 SWOT-analyysin yhteenveto	42
7.2 Kehittäminen eteni monitahoisesti yhteistyössä	43
7.2.1 Oppimiskahvilassa ongelmien täsmentyminen ja ratkaisujen etsintää	44
7.2.2 Keskustelun ja dialogisuuden hyödyntämistä kehittämisessä	45
7.2.3 SWOT-analyysillä saatujen aiheiden kehittämistulokset	48
7.3 Benchmarking-käynti	49
7.4 Kirjaamisen ja raportoinnin tarkempi tarkastelu kalanruotokaaviolla	50
7.5 Prosessikuvaus, hinnoittelu ja tuotteistaminen	52
7.6 Työntekijöiden väliarviointia kehittämisprosessista	54
8 POHDINTA	57
LÄHTEET	62
LIITTEET	67

Kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuvio 1. Säännöllisen kotihoidon 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 30.11. käyntimäärien mukaan Seinäjoella.....	14
Kuvio 2. Kehittämistoiminnan eteneminen.....	35
Kuvio 3. Kotihoitoprosessin päivittäisen toiminnan kuvaus.....	53
Kuvio 4. Kotihoidon kehittämisprosessi ja tulokset.....	53
Taulukko 1. Seinäjoella kotipalvelun ja/tai kotihoidon piirissä olevat henkilöt vuosina 2015 ja 2016 (30.11.).....	13
Taulukko 2. Kotihoidon työntekijöiden SWOT-nelikentän tulokset	36
Taulukko 3. Työntekijöiden mainitsevat kotihoitoon liittyvät vahvuudet.	37
Taulukko 4. Työntekijöiden mainitsevat kotihoitoon liittyvät heikkoudet.....	38
Taulukko 5. Työntekijöiden mainitsevat kotihoitoon liittyvät mahdollisuudet.	40
Taulukko 6. Työntekijöiden kuvaamat kotihoitoon liittyvät uhat.....	41
Taulukko 7. Työntekijöiden kehittämisideat ja vierailukäynnin reflektointi.....	49

Käytetyt termit

Dialogi	Dialogisuuden periaatteet ovat suoraan puhuminen, kuunteleminen, kunnioittaminen ja odottaminen (Syvänen ym. 2015, 33).
Kotihoito	Kotihoito on toimintaa, jossa kotisairaanhoido ja kotipalvelujen toiminnot on yhdistetty yhteiseksi palvelumuodoksi. Kotihoito muodostuu sosiaalihoitolain 20 §:n ja sosiaalihoitoasetuksen 9 §:n mukaisesta kotipalveluista ja kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 2 kohtaan sisältyvästä kotisairaanhoidosta. (Ikonen 2015, 16.)
Lääkinnällinen laite	Instrumentti, laitteisto, väline, muu tarvike, jonka valmistaja on tarkoittanut käytettäväksi ihmisten sairauden diagnosointiin, ehkäisyyn, tarkkailuun hoitoon tai lievitykseen. (A 745/2017)
Palveluseteli	Palvelusetelillä edistetään sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjien valinnanvapautta ja mahdollisuuksia hankkia tarvitsemiaan palveluita yksityisiltä palvelujen tuottajilta. (Palveluseteli 2017)
Sote	Sote-uudistus on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistus, minkä tavoitteena on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta ja saatavuutta sekä hillitä kustannuksia. (Sote-uudistus. Ajankohtaista 2018)

1 JOHDANTO

Suomalainen yhteiskunta ikääntyy. Iäkkäiden määrä kasvaa ja siten koko väestörakenne muuttuu. Erityisesti iäkkäiden määrä vanhimmissa ikäluokissa kasvaa voimakkaimmin, kun taas lasten ja työikäisen väestön määrä vähenee. Näiden muutosten takia yhteiskunnan on mukauduttava erityisesti iäkkäämmän väestön tarpeisiin. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019 2017, 11, 13.)

Kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät hoitamalla toiminnan itse tai sopimukseen perustuen yhdessä muun kunnan tai kuntayhtymän kanssa. Kunta voi myös hankkia palveluja yksityiseltä palvelujen tuottajalta. Palvelunkäyttäjä voi saada palvelusetelin, jolla kunta sitoutuu maksamaan palvelun yksityiseltä palvelujen tuottajalta, jonka kunta on hyväksynyt. (Kuntaliitto 2017.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneuudistuksen eli sote-uudistuksen myötä asiakkaiden valinnanvapaus lisääntyy. Sosiaali- ja terveystalveluiden käyttäjä voi palvelusetelillä valita palveluiden tuottajan joko julkiselta tai yksityiseltä palveluntuottajalta. (Valinnanvapaus 2017.)

Yksi hallituksen kärkihanke on "Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa". Sote-uudistuksen tavoitteena on muodostaa kokonaisuus, jossa korostuvat asiakaslähtöisyys, yhdenvertaisuus, saavutettavuus ja valinnanvapaus sekä laatu ja kustannustehokkuus. Iäkkään ihmisen vapautta valita ja oikeutta määrätä omasta asumisestaan halutaan tukea. (Sote ja vanhuspalvelut 2017.)

Tämä kehittämistyö toteutettiin Kivipuro ry:ssä, joka on monipuolisia palveluja tarjoava vuonna 1964 perustettu seinäjokelainen toimija. Yhdistys tuottaa tehostettua palveluasumista vanhuksille puitesopimuksella tai palvelusetelillä. Lisäksi se tarjoaa kunnan maksusitoumuksella ympärivuorokautista hoitoa vaikeavammaisille sekä tuettua asumista kehitysvammaisille. Voimakkaasti supistuva toiminta tällä hetkellä on jo kolmekymmentä vuotta toiminut sotainvalidien laitoshoido sekä muu sotiemme veteraaneihin liittyvä laitostuntoutus. Tämän kuntoutustoiminnan rinnalla toimivat edelleen toipilaskuntoutus ja arviointijaksot seinäjokelaisille asiakkaille.

Organisaatiolla on myös vuokra-asuntoja kahdessa eri toimipisteessä. Suunnitelmissa on rakentaa uusi kiinteistö tehostetulle palveluasumiselle. Organisaatio työllistää n. 100 vakituista työntekijää, joista 12 työskentelee kotihoidossa.

Koska yhdistyksen merkittävä toimintamuoto, sotiemme veteraanien kuntoutus ja sotainvalidien laitoshoido, tulee päättymään tulevien vuosien aikana, niin korvaavaa toimintaa on saatava tilalle. Uusin palvelu on vuonna 2011 alkanut kotihoito.

Tämän kehittämistyön aihe, kotihoidon kehittäminen, on ajankohtainen, sillä kotihoito on keskeisessä roolissa tulevassa sosiaali- ja terveystalouden uudistuksessa. Yksityisen palveluntuottajan kotihoidon kehittämisen tarve tuli ajankohtaiseksi soite-uudistussuunnitelmien myötä, mutta myös erilaisten henkilöstöpalautteiden muodossa. Kotihoidon saaminen kannattavaksi on myös haastavaa. Kehittämiseen kannustavat niin ulkoiset kuin sisäiset toimintaympäristön muutostarpeet.

Organisaation kotihoito ja tehostettu palveluasuminen ovat osallistuneet vuosina 2016–2017 Työn ilolla tuttavuutta ja kilpailukykyä ESR-hankkeeseen, jonka tavoitteena oli tukea ja edistää tuottavuutta, työhyvinvointia ja niiden kautta syntyvää kustannustehokkuutta ja kilpailukykyä. Hankkeessa hyödynnettiin dialogisuutta. Tässä opinnäytetyössä kotihoidon kehittäminen jatkui arvioiden, millainen on kotihoitopalveluiden nykytilanne ja etsiä siitä kehittämisen tarpeessa olevia kohteita. Tämä kehittämistyö jatkoi samalla dialogisuuden periaatteiden juurruttamista organisaatiossa. Työntekijät ovat olleet keskeisesti mukana kehittämistyössä yhdessä organisaation johdon kanssa.

2 SOSIAALIPALVELUJEN KEHITTYMINEN JA KOLMANNEN SEKTORIN TOIMIJOIDEN ASEMA

2.1 Sosiaalipalvelujen kehitys ja kolmannen sektorin aseman muutos

Kotihoito määritellään toiminnaksi, jossa kotisairaanhoidon ja kotipalvelujen toiminnot on yhdistetty yhteiseksi palvelumuodoksi. Kotihoito muodostuu sosiaalihuoltolain 20 §:n ja sosiaalihuoltoasetuksen 9 §:n mukaisesta kotipalvelusta ja kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 2 kohtaan sisältyvästä kotisairaanhoidosta. (Ikonen 2015, 16.)

Sosiaalipalvelut ovat kuuluneet pääasiassa julkisen sektorin palveluihin. Valtio on ohjannut keskeisesti sosiaalipalveluja Suomessa 1970-luvun alusta 1980-luvun loppuun. Kunnat kehittivät ja aloittivat uusia sosiaalipalveluita, kun ne saivat niihin valtion rahoitusta. Kunnat vastasivat pääasiassa myös kotihoidon tuottamisesta, mutta sosiaalipalveluja ostettiin jonkin verran myös yhdistyksiltä n. 15 %:n osuudella koko kunnan palveluntuotannosta. Yhdistykset saivat Raha-automaattiyhdistykseltä avustuksia ja investointeja toimintaansa. Näin kuntien ja yhdistysten välille syntyi kumppanuussuhteita. Yksityisten palvelutuotannon osuus oli kuitenkin vain 3 % koko sosiaalipalveluiden tuotannon arvosta. (Toikko 2012, 62.)

Suunnanmuutos tapahtui 1990-luvulla. Julkinen sektori kasvoi muita sektoreita nopeammin, mikä oli kansantalouden näkökulmasta huono asia. Suomessa oli lama pankkikriisin seurauksena. Julkisen sektorin tulopohja pieneni tämän seurauksena ja kustannukset lisääntyivät mm. työttömyysmenojen kasvun takia. Suomessa alkoi siirtyminen suunnittelutaloudesta kilpailutalouteen. Talouden taantuma nosti kolmannen sektorin sosiaalipalvelut keskeisiksi. Laman takia julkisella sektorilla ei ollut varaa laajentaa sosiaalipalvelutuotantoaan, joten uudistuminen tapahtui kolmannen sektorin kautta. Alkoi projektien aika. RAY rahoitti projekteja, joissa keskeistä oli räätälöity ja liikkuva työote sekä matala organisaatorakenne. Kolmannen sektorin tuottamat projektit monipuolistivat sosiaalipalveluita. (Toikko 2012, 63–64.)

Järjestöjen rooli 2000-luvulle tultaessa oli yleishyödyllinen toiminta. Kolmannen sektorin toimijat nähtiin yhdistysmuotoisina yrityksinä, jotka tuottivat ammatillisia sosiaalipalveluita kuten lastensuojelun laitospalveluita, mielenterveyskuntoutujien asumispalveluita ja päivätoimintaa, päihdehuollon laituskuntoutusta sekä vammaisten asumispalveluita. Tämä on kuitenkin ohjannut yhdistyksiä muuttamaan sosiaalipalveluiden toimintaa yritysmuotoiseksi. Samalla RAY alkoi lopettaa investointitukiansa yhdistyksille. 2000-luvun vaiheessa alkoi myös kritiikki siitä, että yhteiskunta tuki RAY:n kautta yhdistyksiä, jotka saivat näin kilpailuetua markkinoilla. Kilpailulainsäädäntö avasi sosiaalihuollon markkinat yrityksille, mutta myös kansainvälisille yrityksille. (Toikko 2012, 64.)

Yhdistyksenä toimiva organisaatio on käynyt läpi edellä kuvatun toiminnan muuttumisen. Organisaation ja kaupungin yhteistyö on ollut aukotonta 1960-luvulta lähtien. Kumppanuus on hyödyttänyt molempia osapuolia. Kunnat ja kaupungit ovat saaneet huomattavaa lisäarvoa, kun Raha-automaattiyhdistys jakoi investointiavustuksiaan vain yhdistyksille. Siksi kuntien on kannattanut antaa tukensa omalta osaltaan sekä toiminnalle että rakennushankkeille. Kumppanuus muuttui kuitenkin kilpailuasemaksi 2000-luvulla, kun RAY ei enää tukenut yhdistysten hankkeita. (Orrenmaa 2014, 120.) Viimeisen kymmen vuoden aikana organisaatio on osallistunut kaupungin järjestämiin kilpailutuksiin mm. tehostetun palveluasumisen osalta.

2.2 Kotihoidon palvelun tuottajat ja asiakkaat

Sosiaalipalveluista julkinen sektori tuottaa 70 %, kun taas järjestöt ja yritykset tuottavat yhteensä noin 30 %. Järjestöjen ja yritysten osuus on lähes yhtä suuri, mutta yritysten osuuden on ennakoitu kasvavan. Palvelutuotannon kustannuksista suurin osa kohdistuu vanhusten palveluihin. (Kettunen 2010, 30, 74.) Yksityisen kotihoidon palvelun tuottajat ovat pieniä toimijoita. Kettusen (2010) mukaan ikääntyneille ja vammaisille kohdennetut kotipalvelut olivat koko sosiaalipalvelualan yrityssektorin suurin alaryhmä mitattuna toimipaikoilla, joita vuonna 2008 oli 932 keräten liikevaihtoa yhteensä 74 miljoonaa euroa. Toimipaikkaa kohden liikevaihtoa kertyi keskimäärin 80 000 euroa. Toimipaikkoja oli eniten Uudellamaalla ja Pirkanmaalla.

(Kettunen 2010, 38.) Tutkimuspäällikkö Sari Kehusmaan mukaan kotihoitoa tarjoavien yritysten määrä Suomessa on yllättävän pieni, jos sitä verrataan esim. tehostettuun palveluasumiseen, jossa yksityinen palveluntuotanto on suurempaa (Akimo 2018, 8).

Vuonna 2014 ikääntyneiden ja vammaisten kotipalveluissa työskenteli 22 813 työntekijää yksityisellä sektorilla (Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2017 2018, 161). Suurin osa (95 %) sosiaalihuollon avopalveluissa toimivista yrityksistä on ollut alle 10 työntekijän yrityksiä vuonna 2008 (Kettunen 2010, 18).

Säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli noin 73 500 vuonna 2016. Asiakkaista 66 % oli naisia. (Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2016.) Kaikista säännöllistä kotihoitoa saavista asiakkaista 77 prosenttia oli 75 vuotta täyttäneitä (56 700 asiakasta). Kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus 75 vuotta täyttäneestä väestöstä oli suurinta Etelä-Pohjanmaalla (15,6 %) ja pienin Päijät-Hämeessä (8,9 %). Säännöllisen kotihoidon asiakas on henkilö, jolla on voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma tai joiden luona käydään säännöllisesti vähintään kerran viikossa. (Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2017 2018, 60, 283.)

Kotihoidon asiakasrakenne on muuttunut 2000-luvun aikana. Vuonna 2016 vajaalle kolmannekselle säännöllisen kotihoidon asiakkaista (31,2 %) tehtiin vähintään 60 käyntiä kuukauden aikana. Näiden asiakkaiden osuus kasvoi noin yhden prosenttiyksikön edellisvuodesta ja on kasvanut 8 prosenttiyksikköä vuodesta 2010. (Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2016.)

2.3 Kotihoidon palveluiden tarvitsijat ja myöntämiskriteerit Seinäjoen alueella

Kotipalvelujen kysyntä on kasvanut väestön ikääntymisen myötä ja myös kuntien tavoite on vähentää sosiaali- ja terveysten palvelujen laitospainotteisuutta. Terveysteknologian kehittyminen ja hoitokäytäntöjen muutos ovat vaikuttaneet siihen, että asiakkaat kotiutetaan entistä nopeammin sairaalahoidosta kotihoitoon. Kunnilla on kuitenkin rajalliset resurssit vastata tähän kysynnän nopeaan kasvuun ja siksi on luotu tilaa yksityisille yrityksille kotipalvelumarkkinoilla. (Hartman 2012, 29.)

Jatkossa, kun asiakas tarvitsee kotihoidon palveluita, hän voi saada palvelusetelin. Palvelusetelin myöntämisellä edistetään sosiaali- ja terveystalouden käyttäjien valinnanvapautta ja mahdollisuuksia hankkia tarvitsemiaan palveluita yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Palvelusetelin avulla asiakas voi hankkia sellaisia sosiaali- ja terveystaloudellisia palveluita, jotka kunnan tai kuntayhtymän kuuluu järjestää asukkaalleen. Palvelusetelillä hankittava palvelu on vaihtoehto kunnan tai kuntayhtymän tuottamalle palvelulle. (Palveluseteli 2017.)

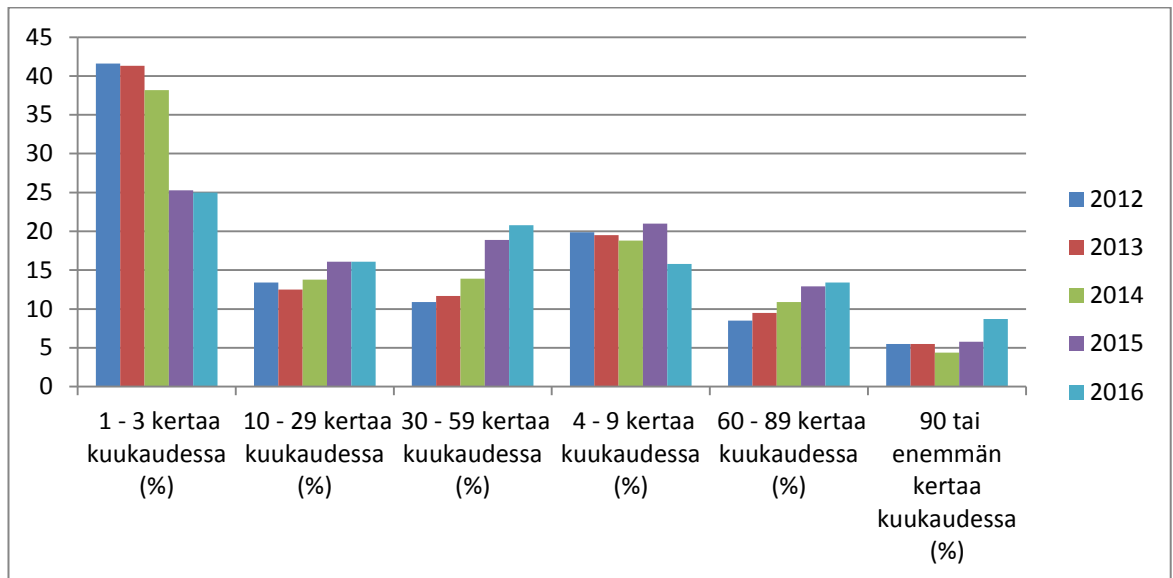
Seinäjoen kaupungilla tehtiin linjaus vuoden 2017 alkupuolella, että se karsii tilapäisen kotihoidon palvelusopimukset. Tällaista kaupungin kotihoidon tilapäistä apua tarvitsi vuonna 2016 noin 900 henkilöä esim. lääkelaissa, verinäytteiden ottamisessa ja peseytymisessä. Uuden linjauksen mukaan useat sadat kotihoidon asiakkaat ohjattiin käyttämään yksityisiä palveluita. Kaupunki hoitaa jatkossa vain ne asiakkaat, jotka tarvitsevat vähintään kerran viikossa useita palveluita kerrallaan. Linjaus palvelun saannin kiristymiseen johtui jatkuvasta asiakasmäärän kasvusta, eikä näin ollen kaupungin omat työntekijät pystyneet vastaamaan kysyntään. Tällainen muutos vaikuttaa asiakasmaksuihin. Yksityisen palvelun käyttäminen lisää asiakkaan maksuja, joita hän voi tosin käyttää kotitalousvähennyksenä verotuksessa. (Lehtimäki 2017, 16.)

Seinäjoella oli kunnallisen kotipalvelun ja/tai kotisairaanhoidon piirissä vuonna 2015 75 vuotta täyttäneitä henkilöitä 620 ja vuonna 2016 vastaavasti 595 (Säännöllisen kotihoidon piirissä olleet 2018).

Taulukko 1. Seinäjoella kotipalvelun ja/tai kotihoidon piirissä olevat henkilöt vuosina 2015 ja 2016 (30.11.)

	Vuosi 2015	Vuosi 2016
75–79-vuotiaat	103	99
80–84-vuotiaat	154	158
85 vuotta täyttäneet	363	338
YHTEENSÄ	620	595

Huomionarvoinen seikka on se, että kotihoitoa 1–3 kertaa kuukaudessa tarvitsevien määrä on vähentynyt lähes puoleen viidessä vuodessa (kuvio 1). Sen sijaan 30–59 kertaa ja 60–89 kertaa tarvitsevien asiakkaiden määrä on noussut. Esim. 59 käyntikertaa on 14,75 käyntiä viikossa ja keskimäärin 2 käyntiä päivässä. (Säännöllisen kotihoidon piirissä 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 30.11 2018.)



Kuvio 1. Säännöllisen kotihoidon 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 30.11. käyntimäärien mukaan Seinäjoella.

Seinäjoen kaupungin kotihoidon myöntämisen perusteet ja soveltamisohjeet (2017, 8) kertovat, että henkilö ohjataan omaisten, yksityisten tai kolmannen sektorin piiriin seuraavissa tapauksissa:

- avuntarve on vähäistä, alle 1 kertaa viikossa
- kun apua tarvitaan vain siivouksessa tai lääkehuollossa tai vaatehuollossa tai aterioiden valmistuksessa.
- kun apua tarvitaan vain peseytymisessä
- kun apua tarvitaan vain lääkehuollossa ja peseytymisessä
- jos asiakas tarvitsee palvelua esimerkiksi verikokeissa, INR-kokeissa, yksittäisten lääkeinjektioiden tai rokotusten antamisessa, ainoastaan lääkejaossa, lyhytaikaisessa haavahoidossa tai yksittäisissä toimenpiteissä kuten korvahuuhtelussa ja ompeleiden poistossa.

Yksityisen palveluntuottajan kotihoidon näkökulmasta kaupungin linjanmuutos näkyi asiakasmäärän äkillisenä kasvuna. Alkuvuodesta 2017 kotihoidosta tilattiin enemmän esim. verinäytteitä. Kotikäyntien kasvu aiheutti puolestaan työntekijöille ylitöitä, kiirettä ja työntekijöiden väsymistä. Asiakasmäärän äkillinen kasvu ja henkilöstön rekrytointi ei kulkenut samassa tahdissa. Lisäksi lyhyet 15 minuutin käynnit eivät olleet kannattavia.

Pienten yritysten rooliksi on muodostunut täydentää lähinnä julkisen palvelutuotannon ruuhkahuippuja. Tämä ei kuitenkaan mahdollista pitkäjänteistä kehittämistyötä ja toiminnan suunnittelua. (Kettunen 2010, 57.)

Kotihoitoa leimaa palvelutuotannon epätasaisuus. Sosiaalipalvelut ovat toimialana hyvin työvoima- ja naisvaltainen ala, jossa henkilöstökulujen osuus saattaa olla jopa 70–80 prosenttia kokonaiskustannuksista (Kettunen 2010, 33, 43). Ennakoi-mattomat muutokset näkyvät mm. rekrytoinnissa, kun palvelutuotanto on epätasaista. Kotihoidossa ruuhkahuippu voi ajoittua esim. kello 8–9 välille. Tämä ruuhkahuippu määrittää tarvittavan vähimmäisvuorovahvuuden eli hoitajakapasiteetin koko työvuorolle. Kun kotihoidon asiakasmäärä kasvaa ja asiakkaat pysyvät entistä huonokuntoisempina kotihoidon piirissä, niin edelleen ruuhka-aikoihin kohdistuva palvelutarve kasvaa. Kustannussyyt ja hoitajien saatavuuden heikkenemisen takia kotihoidon työvoimaa ei kyetä lisäämään samassa suhteessa ruuhka-aikojen kysynnän kasvun takia. Nämä ruuhkahuiput lisäävät hoitajien kiirettä ja heikentävät työhyvinvointia. (Kotihoito 2020, 17–18, [viitattu 8.2.2018].)

ryhmän muodostavat luovuttajat, jotka eivät itse huolehdi sairauksiensa hoitamisesta vaan olettavat, että kotihoidon sairaanhoitajilla tai lääkäreillä on vastuu heistä. Luovuttaminen, masentuneisuus, mielenkiinnon puute ulkopuolisiin asioihin on näille ihmisille tyypillisiä. Kotihoidon tärkeä tehtävä on tunnistaa nämä ihmiset sekä opastaa, tukea ja kannustaa heitä. (Backman 2001, 45.)

Vanhusten itsensä kuvaamia toiveita on kartoitettu. Kotihoidon onnistumista voidaan mitata asiakkaan tyytyväisyytenä saamaansa palveluun, mutta myös koko kotihoitoyksikön palvelutoimintaa arvioimalla. Vanhusten mielestä tärkeitä kotihoidon laatuominaisuuksia ovat seuraavat seikat: oikea-aikaiset tarpeenmukaiset palvelut, vuorovaikutus työntekijän ja vanhuksen välillä, työntekijän ammattitaito, jatkuvuus samojen työntekijöiden kanssa, toimivuus sovittujen aikojen noudattamisella ja turvallisuudentunne siitä, että saa apua ja yhteyden kotihoitoon tarvittaessa. (Heinola 2007, 30–31.)

Kotihoidon asiakas voi antaa suullista palautetta, ja oleellista on, että se kirjataan, käsitellään ja tehdään tarvittavat toimenpiteet. Muita asiakkaan vaikutuskanavia ovat erilaiset keskustelufoorumit, kyselyt ja haastattelut. Kotihoidon laatu on alittanut hyväksytyn rajan, jos asiakkaan pitää tehdä muistutus tai kantelu. Siksi on tarkoituksenmukaisempaa, että asiakkaat ja heidän läheisensä otettaisiin kehittämistoimintaan ja kotihoitoa kehitettäisiin yhteistyössä. Asiakas ja hänen läheisenä voisivat toimia konsultteina laatua koskeissa kysymyksissä. Käyttämällä kotihoidon palveluita asiakas pystyy samalla arvioimaan sen toteutumista. (Heinola 2007, 30.)

Turjamaa, Hartikainen, Kangasniemi ja Pietilä (2015) ovat kirjoittaneet artikkelissaan *Is it time for comprehensive approach in older home care client's care planning in Finland?* tutkimuksesta, jonka tarkoituksena oli kuvata, millaisia olivat yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden sähköisten hoito- ja palvelusuunnitelmien sisältö. Samalla arvioitiin sitä, miten asiakkaiden voimavarat oli otettu huomioon näissä suunnitelmissa. Tutkimuksessa oli analysoitu 437 hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Tutkijat jakoivat johtopäätökset neljään aiheeseen. Ne olivat kirjausten sisältö, kirjausten rakenne, kirjausten näkökulma sekä epätäydellinen ja epätarkka kirjaaminen.

Tutkijoiden mukaan kirjausten sisällöstä eniten kiinnitettiin huomioita lääkehoidon toteuttamiseen, eikä niinkään lääkehoidon tehokkuuteen tai haitallisiin vaikutuksiin. Muiden tutkimusten mukaan epäsuotuisat lääkehoidon vaikutukset ovat tavallisia vanhoilla ihmisillä ja aiheuttavat sairaalan joutumista. (Turjamaa ym. 2015, 319.)

Kirjausten rakenne, toinen tutkimuksessa esitetty näkökulma, perustuu suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuksiin. Tutkijoiden mielestä vanhuksen kokonaistilanne ei tule esiin, kun kirjaukset perustuvat sairauskeskeisiin käsitteisiin. Täten kotihoitohenkilöstöä pitäisi ohjata kuvaamaan enemmän ja monipuolisemmin asiakkaan toiminnallisesta suorituskyvystä kuin siitä, mitä työntekijät tekevät. (Turjamaa ym. 2015, 321.)

Kolmas huomio liittyi kirjaamisissa käytettyihin näkökulmiin. Hoito- ja palvelusuunnitelmat oli laadittu kotihoitohenkilöstön näkökulmasta ja kirjoitettu passiivimuodossa. Kaikissa tutkituista suunnitelmista puuttui asiakkaiden näkökulma. Vähemmälle huomiolle jäivät myös asiakkaiden yksilöllisten voimavarojen tukeminen sekä voimaantuminen. Neljännessä näkökulmassa tutkijat huomioivat, että kirjatukset olivat suppeita ja epätarkkoja. Riittämättömät kirjatukset ovat riski asiakas-
turvallisuudelle, hyvinvoinnille sekä hoidon ja palveluiden jatkuvuudelle. (Turjamaa ym. 2015, 321.)

Soili Paljärvi on tehnyt 15 vuoden seurantatutkimuksen Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta vuosina 1994-2009. Tässä tutkimuksessa mm. työntekijöiden työnajan käyttöä oli tutkittu jakaantuen kotipalveluun ja kotisairaanhoidon. Kotihoidon sisältö oli työajalla mitattuna muuttunut eniten kotipalvelussa. Kotihoidon sisällössä painottui auttaminen päivittäisissä toiminnoissa kuten ruokailussa, hygienian hoidossa ja lääkehuollossa. Siivous- ja asiointiapu kunnan järjestämänä oli lähes kokonaan loppunut valtionohjauksen myötä. Sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon työnkuvat ovat samanlaistuneet jossain määrin. Hoitotoimenpiteissä kotisairaanhoidon tehtäviä on siirtynyt kotipalveluun seurantajakson aikana. Kummassakin ryhmässä työaikaa käytettiin enemmän asiakkaiden hygieniasta huolehtimiseen, ruokailussa auttamiseen ja lääkehuoltoon. (Paljärvi 2012, 81, 87.)

Päivi Sanerma tutki väitöskirjassaan (2009), miten kotihoitoa voidaan kehittää tiimityön avulla. Tutkimus tehtiin kantahämäläisessä kunnassa, jossa yhdistettiin kotihoito ja kotisairaanhoido uudeksi kotihoidoksi (Sanerma 2009, 121).

Sanerman (2009, 265, 267, 270) mukaan uudessa kotihoidossa yhteisen arvopuustan kehittäminen oli välttämätöntä kehittämistyön lähtökohdaksi ja onnistumisen edellytykseksi. Kun kotihoito muuttui tiimiorganisaatioksi, niin se oli suuri ja moniulotteinen muutos. Tarvittiin siis useita kehittämissyklejä, että uudet käytännöt muodostuivat arjen toimiviksi työkäytännöiksi. Omahoitajuus muodosti perustan sekä kotihoidon työnjakomallina että hoitotyön filosofisena lähtökohtana. Tiimityön kehittyminen eteni odotuksen, sekasorron, järjestäytymisen vaiheiden kautta jäsentyneeseen työskentelyyn. Tiimien kehittyminen tapahtui eri tahdissa ja se piti huomioida erityisesti silloin, kun meneillään oli kaoottinen sekasorron vaihe. Tällöin asiakkaiden hyvä ja turvallinen hoitotyö oli turvattava riittäväillä henkilöstöresursseilla. Työnjakoon liittyvä havainto oli, että jokainen ammattiryhmä sai kokea olevansa tarpeellinen ja arvokas. Liian nopeasti etenevä työnkuvan muutos saattoi aiheuttaa ahdistusta ja epävarmuutta hidastaen näin kehittämistyötä. Vastuunjakoa sosiaali- ja terveydenhuollossa määritellään pitkälti lainsäädännön kautta. Siksi nähtiin tärkeänä, että jokainen työntekijä tiesi oman vastuunsa.

Merja Tepponen (2009) on tutkinut kotihoidon integrointia ja laatua suomalaisissa kunnissa. Tepponen määritteli integroidun hoidon seuraavasti. Se on *hyvin suunniteltujen ja organisoitujen palvelu- ja hoitoprosessien eheä kokonaisuus, jonka tavoitteena on vastata vanhusasiakkaan tai –asiakasryhmän moninaisiin ja monimutkaisiin terveys- ja hyvinvointitarpeisiin tarkoituksenmukaisesti, riittävästi ja kustannusvaikuttavasti.* (Tepponen 2009, 15, 31)

Tepposen mukaan hyvässä kotihoidon mallissa tavoitteena on, että ikäihminen asuu kotonaan mahdollisimman pitkään. Hyvinvointia ja toimintakykyä ylläpidetään asiakkaan kunnon mukaan erilaisin toimenpitein. Nämä vaihtelevat esim. ehkäisevästä kotikäynnistä lääketieteellisiin tutkimuksiin ja hoitoihin unohtamatta liikunnallisia, sosiokulttuurisia tai psykososiaalisia toimintaoja. Tuloksena syntyy koettua hyvää elämänlaatua, toimintakyvyn tai terveyden eri osa-alueiden säilymistä tai vahvistumista. (Tepponen 2009, 166.)

Helsingin kaupungin terveystieteiden keskuksen kotihoidossa on kehitetty uusia toimintatapoja ja uusia palvelutapoja alueen kotihoitoon. Kotipalvelu ja kotisairaanhoidon yhdistyi vuonna 2009 yhteiseksi kotihoidoksi, minkä tavoitteena oli asiakkaan kokonaisvaltainen hoitaminen asiakasta aktivoivalla tavalla. Tätä kokonaisvaltaista ja aktivoivaa tapaa vastaan oli kolme tekijää. Ensinnäkin kotihoitotyön tärkeimmällä muodolla, kotikäynnillä, tehtiin asiakkaan fysiologisten tarpeiden kannalta välttämättömiä rutiinitehtäviä. Toiseksi monet tukipalvelut esim. ateriat ja siivous hankittiin ulkopuolisilta toimijoilta, mikä hankaloitti kotihoidon työntekijää saamasta kokonaiskuvaa asiakkaan tilanteesta ja palveluista. Kolmas tekijä oli, että huonokuntoisten vanhusten kohdalla korostettiin lääketieteellisesti välttämättömiä sairauksiin liittyviä toimia kuten lääkehoitoa, haavahoitoa ja verenpaineen mittausta. Asiakkaan kokonaisvaltaiseen arviointiin perustuva neuvotteleva tai aktivoiva työskentely on vaativaa, eikä näin ollen työntekijällä ole siihen osaamista. Kotihoidon palvelujen rutinoitumisen eriytymisen ja medikalisoitumisen rinnalle alettiin kehittää asiakkaiden tarpeiden ja palveluiden eheyttämistä muutoslaboratorioissa. (Engeström, Niemelä ym. 2009, 12, 14–15.)

Engeströmin ym. (2009, 21–22) mukaan kotihoidon työntekijän ja asiakkaan vuorovaikutuksessa on kolmenlaisia tekoja. Hallitsevin niistä on fysiologisesti välttämättömien vakiotehtävien suorittaminen. Toinen tekojen tyyppi on asiakkaan omien resurssien aktivoiminen kuten yhteinen liikuntaharjoitus tai yhteinen suunnittelu. Kolmas tekojen tyyppi koostuu palvelujen koordinoinnista ja yhteen sovittamisesta. Tämä edellyttää monenkeskisiä neuvotteluja ja yhteydenottoja. Vakiotehtävien suorittaminen ohittaa usein toisen ja kolmannen tekojen tyypit. Ristiriitojen ratkaisemiseksi esitettiin palveluiden eheyttämistä eli huomioimalla asiakkaan omat voimavarat ja palvelujen koordinointi vakiotehtävän suorittamisen sisään tai lomaan. (Engeström ym. 2009, 21.)

Kotihoidon kehittämisen seurauksena palvelut eheytyivät vuorovaikutuksen, aktiivisuuden ja verkoston osalta. Tarvitaan siis jatkuvaa vuoropuhelua työntekijän, asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa siitä, millaisia palveluja ja millaisilla ehdoilla sitä asiakkaalle tuotetaan. Tarvitaan neuvottelevaa ja yhteiseen päätöksentekoon pyrkivää työtapaa ja sen hyödyntämistä asiakastyössä. Toisaalta rutiinitehtävien suorittamisen ohella tarvitaan asiakkaan voimavaroja aktivoivia ja elämisen koko-

naislaatua edistävien aiheiden huomioimista esim. liikkumisharjoituksia. Kolmantena on palveluntuottajien välinen yhteistyö, jossa jokainen palveluntuottaja tuntee asiakkaansa palvelujen kokonaisuuden ja liittynät muihin. (Engeström 2009, 271–272.)

Edellä kuvatut tutkimukset ovat liittyneet kunnallisen puolen kotihoidon kehittämiseen. Kotihoitoa on tutkittu aikana, jolloin kunnallinen kotihoito on ollut muutoksessa, ja kotipalvelu ja kotisairaanhoido ovat yhdistyneet yhteiseksi kotihoidoksi.

Yksityisen palveluntuottajan kotihoitotoiminnasta löytyi tiedonhakuni perusteella niukasti tutkimustietoa. Tarkastelussa on ollut mukana myös kansainväliset tietokannat. Tiedonhakua on tehty hakusanoilla ”home care”, ”home nursing” sekä ”enterprice company” ja ”business” ajanjaksolla vuodesta 2012 tähän päivään. Esimerkiksi hakusanoilla ”home care” päädytään usein palvelutalotyyppiseen kotihoitoon. Theseus-tietokannasta haulla ”hoivayrittäjyys” tulee 130 opinnäytetyötä ja ”hoivayrittäjyys” ja ”ikäntyneet” 26 opinnäytetyötä. Haku sanoilla hoivayrittäjyys, ikäntyneet ja kotihoito opinnäytteiden määrä vähenee neljääntoista.

Elin Vadelius (2015) on tutkinut, miten Ruotsissa kotihoitoa tarjoavat yritykset perustelevat liiketoiminnan aloittamista ja miten he näkevät mahdollisuutensa toimia alan yrittäjinä. Ruotsissa kotihoidon palvelut rahoitetaan pääasiassa julkisesti. Vadeliuksen mukaan on paradoksaalista, että kotihoitopalveluyritysten odotetaan edistävän yksilön valinnanvapautta ja osallistumista, kun toisaalta niillä on rajoitetut mahdollisuudet vaikuttaa palvelujen laajuuteen ja sisältöön. Tutkimus osoitti, että kotiin perustuviin palveluihin liittyy monia ristiriitaisia ja vaikeasti yhteen sovitettavia piirteitä sekä kovia työtehtäviä ja paradokseja, jotka johtuvat institutionaalisista ja taloudellisista olosuhteista. Päätökset, jotka määrittelevät etukäteen toteutettavat toimet, rajoittavat liiketoiminnan toimintamahdollisuuksia. Riittämättömät aikamäärittelyt päätöksissä ja alhaiset korvaustasot kuvattiin esteenä kotihoidon pitkän aikavälin laadulle. Tutkimuksen keskeinen tulos liittyy luottamuksen puutteeseen erityisesti yrittäjien ja kunnanhallinnon edustajien välisissä suhteissa.

Tämä väitöskirja oli ainoa kotihoidon yritystoimintaa pohjoismaisessa kontekstissa käsittelevä tutkimus tällä hetkellä tiedonhakuni perusteella.

4 KESKUSTELLEN JA YHTEISTYÖSSÄ KEHITTÄEN KOHTI KANNATTAVAA KOTIHOITOA

Yksityisen palveluntuottajan kotihoito aloitti toimintansa vuonna 2011. Aluksi se työllisti kaksi työntekijää, mutta nykyään 12 vakituista työntekijää. Toiminnan saaminen kannattavaksi on ollut haasteena lähes koko kotihoidon toiminnan ajan. Kaupungin muutokset omissa toimintatavoissa heijastuivat nopeasti yhdistysmuotoiseen toimijaan. Kotihoitoa tarvitsevat asiakkaat alkoivat kysyä yhä enemmän kotihoidon palveluita. Äkilliseen kotihoidon palveluluiden kysynnän lisääntymiseen palveluntuottaja ei pystynyt reagoimaan niin nopeasti kuin olisi pitänyt. Kotihoidon työntekijöiden keskuudessa tehtiin ylitöitä, mistä seurasi väsymystä. Näin syntyi tarve tarkastella kotihoidon tuottamistapaa uusiksi.

Samaan aikaan myös erilaiset palautteet esim. Työn ilolla tuottavuutta ja hyvinvointia -hankkeen (2016–2017) henkilöstökyselystä vaikuttivat päätökseen käynnistää yhteistoiminnallinen kehittäminen yhdessä työntekijöiden ja johdon kanssa. Tämän kehittämistoiminnan rinnalla kulki myös em. mainittu kaksivuotinen ESR-hanke, johon myös palveluntuottajan kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen henkilökunta osallistui. Hankkeessa haettiin ratkaisuja siihen, miten pienten ja keskisuurten yritysten kiireisen arjen keskelle saadaan luotua pysyvää henkilöstön ja johdon yhteistoimintaa ja sitoutumista, koko henkilöstön työhyvinvointia sekä yritysten tuottavuutta parantavia kehittämisrakenteita. (Tietoa hankkeesta, [viitattu 5.3.2018].) ESR-hanketta hyödynnettiin tässä opinnäytetyössä dialogisen johtamisen itujen juurruttamiseen kehittämisen menetelmänä.

Hyvää henkilöstön hyvinvointia tukeva johtaminen on sellaista, että esimies keskustelee työntekijöiden kanssa ja ottaa huomioon heidän mielipiteensä. Kun työntekijä pääsee osallistumaan, niin se lisää sitoutumista ja työmotivaatiota sekä tuottaa uusia ideoita. Esimiehen työssä korostuu erilaisten näkökulmien yhteensovittaminen niin, että työlle asetetut tavoitteet ja päämäärät voidaan saavuttaa. Tämä tapahtuu ainoastaan, jos voidaan keskustella yhdessä. (Juuti 2015, 24.) Keskustelussa esimiehen ja työntekijän näkökulmat voivat poiketa toisistaan. Parempi tulos saavutetaan, jos keskustelu johtaa yhteisiin sopimuksiin. Se on aina parempi vaihtoehto kuin se, että erimielisyystilanteessa esimiehen kanta voittaa hänen korke-

amman asemansa takia. Pitkään on tiedetty, että käskyvaltainen ja autoritäärinen johtamistyyli aiheuttaa työntekijöissä vihamielisyyden tunnetta. Työyhteisöstä voi kadota myös työn tekemisen ilo ja oma-aloitteisuus, jos sitä johdetaan autoritäärisesti. (Juuti 2015, 24–26.)

Dialogisuus. Arkisessa työssä ja siihen liittyvissä asiakaskohtaamisissa, palaverissa, työtehtävissä ja kaikessa kanssakäymisessä tarvitaan taitoa ilmaista itseään mutta sen lisäksi kuulla ja ottaa huomioon toisten mielipiteet ja näkemykset. Näissä tarvitaan sekä keskustelua että dialogitaitoja. (Miettinen 2000, 60.)

Keskustelu voidaan määrittää esim. työryhmän kokouksissa tapahtuvana mielipiteiden esittämisenä. Mielipiteitä voidaan puolustaa, niistä voidaan keskustella ja jopa kiistellä. Keskustelun pohjalta voidaan tehdä kompromisseja ja päätöksiä, joihin kaikkien pitäisi sitoutua. Päätös voi perustua esimiehen tai vahvan työyhteisön jäsenen mielipiteeseen, eikä siinä tapahdu välttämättä sitoutumista. (Miettinen 2000, 60.)

William Isaac (1999, 2001) on esittänyt neljä dialogisuuden periaatetta, jotka ovat suoraan puhuminen, kuunteleminen, kunnioittaminen ja odottaminen. Kollektiivinen ajattelu on dialogisuuden ydintä, mikä on yksilöajattelua vahvempaa. Kollektiivisessa ajattelussa toisen kuuntelemisen arvo ja taito korostuvat sekä oman mielipiteen ilmaisemisen viivästyttäminen. Yhdessä kuuntelemisen avulla syntyy jaettu ja kokemuksia ja merkityksiä. (Syvänen ym. 2015, 33, 35.) Dialogin tulee tuottaa jatkuvasti sopimuksia, jotka voivat johtaa käytännön toimenpiteisiin. Dialogisuus voi toteutua näin arkielämän vuorovaikutustilanteissa, kehittämisessä ja johtamisessa. (Loppela 2014, 276.)

On hyvä eritellä tavallisen ja dialogisen keskustelun eroja. Tavallinen keskustelu painottuu enemmän omien mielipiteiden ja näkemysten esittämiseen kuin pyrkimykseen ymmärtää toista keskustelijaa ja oppia uutta. Keskustelu alkaa kehittyä dialogiksi vasta sitten, kun ihmiset alkavat oppia kuuntelemaan toisiaan syvällisesti. Dialogin tavoitteena ei ole päätöksen teko ja lopputulokseen pääseminen kuten perinteisessä keskustelussa. Dialogissa tavoitellaan ymmärrystä, uusien vaihtoehtojen näkemistä ja valintojen tekemistä useista vaihtoehdoista. Dialogissa voi auttaa toista puhujaa selventämään sanomaansa rohkaisemalla häntä puhumaan,

kysymällä lisätarkennuksia, ottamalla idea käyttöön tai etsimällä yhteistä tартtuma-pintaa esitetyille näkemyksille. (Syvänen ym. 2015, 35.) Loppela (2014, 276) kuvaa Björn Gustavsenin edelleen kehittämää tasavertaista keskustelua eli ns. demokraattisen dialogin sääntöjä. Nämä säännöt on muokattu alun perin J. Habermasin kommunikatiivisen toiminnan teoriasta.

Nämä kaksitoista sääntöä esitellään tässä:

- Dialogi on ajatusten vaihtoa osanottajien välillä.
- Kaikkien, joita käsiteltävä asia koskee, on saatava osallistua keskusteluun.
- Mahdollisuus osallistumiseen ei kuitenkaan yksin riitä, vaan kaikkien osallistujien tulee olla aktiivisia. Jokaisen osanottajan velvollisuutena on oman näkökulman esittämisen lisäksi auttaa myös muita esittämään omansa.
- Kaikki osallistujat ovat tasa-arvoisia.
- Työkokemus on kaikkien osanottajien osallistumisen perusta.
- Jokaisen osanottajan kokemuksista ainakin joitakin tulee pitää oikeutettuna.
- On välttämätöntä, että kaikki ymmärtävät, mistä on puhe.
- Kaikki keskusteltavaan asiaan liittyvät väitteet ovat oikeutettuja.
- Mielipiteet esitetään suullisesti, kukaan ei voi osallistua pelkästään paperilla.
- Jokaisen osanottajan on hyväksyttävä, että muilla osanottajilla saattaa olla parempia perusteluja kuin hänellä itsellään on.
- Osanottajien on siedettävä erilaisten mielipiteiden esiintyminen.
- Jokaisen osanottajan työrooli, auktoriteetti tms. voidaan ottaa keskustelun kohteeksi.

Dialogisesta johtamisesta tehtyjen tutkimusten mukaan (esim. Dinno) pehmeisiin laadullisiin asioihin kuten johtamiseen, työhyvinvointiin, uudistumiseen ja työmotivaatioon vaikuttamalla voidaan parantaa tuottavuutta ja lisätä organisaation uudistumista ja voimavaroja. Nämä voivat olla hyvinkin yksinkertaisia ja tavanomaisia ratkaisuja, mutta jos ne jäävät organisaation kiireisessä arjessa käsittelemättä, niin niiden toteutumattomuus alkaa synnyttää sisäistä tehottomuutta. (Syvänen ym. 2015, 17.)

5 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli arvioida, millainen on yksityisen palveluntuottajan kotihoitopalveluiden nykytilanne ja etsiä siitä kehittämisen tarpeessa olevia kohteita.

Kotihoidon kokonaisvaltaisen kehittämisen tavoitteena on tuottaa laadukasta kotihoitoa sitä tarvitseville ja vahvistaa palveluntarjoajan asemaa markkinoilla.

Kehittämiskysymykset ovat

1. Millaista on yksityisen palveluntuottajan kotihoidon toiminta tällä hetkellä?
2. Miten kotihoidon osa-alueita pitää kehittää työntekijöiden ja johdon näkökulmasta?
3. Miten kotihoidon palvelujen sisältöä, prosessikuvausta ja markkinointia pitää kehittää, että se hyödyttää asiakasta kotihoitopalvelun hankkimisessa?

6 KEHITTÄMISEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta ja toimintatutkimus menetelmällisenä valintana

Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Kehittämistä pidetään toimintana, joka on konkreettista ja jonka avulla pyritään saavuttamaan ennalta määritelty tavoite. Kehittämisen avulla halutaan muutosta, yleensä parempaa tai tehokkaampaa toimintatapaa kuin mitä nykyinen tai aiempi toimintatapa tai -rakenne on ollut. Kehittämisprosessin voi käynnistää jokin tunnistettu ongelma nykytilanteessa tai nykyisessä tavassa toimia. Toisaalta jokin näky eli visio paremmasta tavasta voi sekin käynnistää kehittämistoiminnan, jolloin toiminta tähtää tulevaisuuteen. (Toikko & Rantanen 2009, 14, 16.)

Tutkimuksellinen kehittämistoiminta on yleiskäsite, jonka alla kuvataan tutkimustoiminnan ja kehittämistoiminnan yhteyttä. Kehittävä tutkimus lähtee tutkimuksellisista kysymyksenasettelusta ja metodologisista tarkasteluista kohti konkreettista kehittämistoimintaa. Tieto tuotetaan käytännön kehittämisprosessien yhteydessä. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta lähtee käytännön ongelmista ja kysymyksistä. Tieto syntyy aidoissa käytännön toimintaympäristöissä. Pääpaino on kehittämistoiminnassa, mutta siinä hyödynnetään tutkimuksellisia periaatteita. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta on tiedontuotantoa, jossa kysymykset nousevat käytännön toiminnasta ja rakenteista. Tavoitteena on toimintatavan muutos, jossa samalla syntyy perusteltua tietoa. (Toikko ym. 2009, 21–23.)

Loppelan tekemän tutkimuksen mukaan (2004, 236) työyhteisön kehittämisen ja työkyvyn ylläpitämisen kaksi pääelementtiä muodostuvat työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksista omaan työhön sekä vastuun saaminen ja uuden oppiminen. Dialogisella johtamisella haetaan tuloksellisuutta, työelämän laatua ja innovatiivisuutta. Esimerkiksi sisäistä tehottomuutta lisäävät organisatoriset ongelmat, ristiriidat, sekavuudet ja paineet. (Syvänen ym. 2015, 22–23.) Tässä kehittämistyössä haetaan uusia toimintatapoja uuden tiedon kuten dialogisen johtamisen perusteista. Sitä halutaan kokeilla aikana, kun kehittämiskohteena olevan organisaation

kulttuuri on muutoksessa johtuen sekä sisäisestä että ulkoisesta toimintaympäristöstä.

Kehittämistoiminnan intressiä voidaan pohtia, kenen ehdoilla kehittäminen etenee ja mistä kehittämistoiminta on saanut alkunsa. Halutaanko kehittää organisaation ja palvelujärjestelmän lähtökohdista vai yksittäisten toimijoiden havaitsemista ongelmakohdista ja haasteista? Organisaation strateginen kehittäminen tapahtuu useimmiten ylhäältä alas -logiikalla. Vaikka kehittäminen tapahtuisi työntekijöitä ja keskijohtoa osallistamalla, niin strateginen muotoilu on loppujen lopuksi johdon tehtävä. Kehittämistoiminnassa intressin valinta on keskeistä, sillä näkökulma voi olla organisaation strategiat tai työntekijöiden asiantuntijuudet. (Toikko ym. 2009, 48–49.) Tässä kehittämistyössä näkökulma painottuu enemmän työntekijöiden osallistamiseen, mutta kehittämisprosessin ohjausryhmässä painottuvat myös strategiset tavoitteet. Ne eivät kuitenkaan ole tämän kehittämistyön ensisijainen raportoinnin kohde.

Toimintatutkimus. Toimintatutkimus on tiedon tuotantoa käytännön kehittämiseksi. Siinä tutkitaan ihmisen toimintaa. Toimintatutkimuksen kohde on erityisesti sosiaalisen toiminta, joka pohjautuu vuorovaikutukseen. Ihmiset suuntaavat toimintansa toisiin ihmisiin tai ottavat heidät huomioon toiminnassaan. Toimintatutkimus voi vaihdella toiminnan laajuuden mukaan pienimmästä suurimpaan: yksilöstä, ryhmästä, ryhmien välisistä suhteista, organisaatiosta aina alueelliseen verkostoon saakka. (Heikkinen 2008, 16–17.)

Toimintatutkimuksen kohdalla korostetaan kehittämisprosessin spiraalimaista rakennetta. Spiraalissa korostuu konkreettinen toiminta (havainnointi ja toiminta) ja sitä käsittelevä diskurssi (suunnittelu ja reflektio) sekä konstruktiiiviset tehtävät (suunnittelu ja toteutus) ja rekonstruktiiiviset tehtävät (havainnointi ja reflektointi). Spiraalimallilla tehtävä kehittäminen on pitkäjänteinen prosessi. Kehittämisen seurauksena syntyy uusi kehä, joka täydentää aina edellistä kehää. (Toikko ym. 2009, 66–67.)

Oman roolin tiedostaminen kehittämistoiminnassa on tärkeää. Perinteisesti tutkijan hyveenä on pidetty ulkopuolisuutta ja objektiivisuutta, mutta toimintatutkimuksessa tutkija onkin aktiivinen vaikuttaja ja toimija. Hän ei edes ajattele olevansa ulkopuo-

linen tai objektiivinen. Toimintatutkimuksessa voidaan valaa uskoa ihmisen omiin kykyihin ja toimintamahdollisuuksiin eli voimaantumiseen. Tutkijaa pidetään käynnistäjänä muutokselle ja joka rohkaisee ihmisiä tarttumaan asioihin ja kehittämään niitä heidän kannaltaan paremmiksi. On hyvä tiedostaa, että toimintatutkimuksessa tutkija tarkastelee sisältä päin tutkimuskohdetta, joten tutkijan omat välittömät kokemukset ovat osa aineistoa. Tutkijan oma ymmärrys kehkeytyy vähitellen. Ymmärryksen ja tulkinnan prosessia sanotaan hermeneuttiseksi kehäksi. (Heikkinen 2008, 19–20.)

Toimintatutkimuksen tyypit kriittisessä teoriassa ovat tekninen, praktinen ja kriittis-emansipatorinen. Praktisessa lähestymistavassa tutkijan rooli on olla henkilö, joka rohkaisee osallistujia osallistumaan ja refleктоimaan omaa toimintaansa. (Heikkinen, Kontinen, Häkkinen 2008, 47.) Koen siis roolini olevan tässä kehittämisessä lähinnä rohkaisija, sillä toimin yhdessä osallistujien kanssa ongelmien ja niiden taustalla olevien tekijöiden tunnistamisessa. Toikon & Rantasen (2009, 46) mukaan Katila ja Meriläinen ovat kuvanneet praktista lähestymistapaa myös vasta- vuoroiseksi lähestymistavaksi. Tässä asiantuntijat ja kehittämiskohteen jäsenet määrittelevät yhdessä ongelmat ja suunnittelevat tarvittavat toimenpiteet niiden ratkaisemiseksi. Tasa-arvoisuus keskustelussa ja neuvottelussa kuvaavat toimijoiden välistä suhdetta. Eräs tavoite on myös, että osallistujat oppivat mahdollisesti ymmärtämään omaa toimintaansaakin uudella tavalla. Praktisen toimintatutkimuksen päämäärä ovat 1) toiminnan tehokkuus, 2) ammatillinen kehittyminen, 3) toimijoiden parantunut yhteisymmärrys ja 4) uudenlaisen tiedon kehkeytyminen. (Heikkinen, Kontinen & Häkkinen 2008, 47.)

Kehittämisessä kulkee mukana koko ajan William Edwards Demingin (1900–1993) laatutyöhön kehittämä ns. Demingin ympyrä (plan, do, check, act). PDCA-syklin avulla voidaan tarkastella erilaisia prosesseja. (Antila 2012, 57.) Plan tarkoittaa suunnittele ja aseta tavoitteet, do toteuta ja kokeile, check tarkista ja arvioi sekä act korjaa ja paranna (Laamanen 2005, 49).

6.2 Kehittämistyön aineistot

Kokoamani aineistot koostuivat kotihoidon palaveriasiakirjoista, SWOT-nelikentän tuotoksista, oppimiskahvilan eli learning cafén kirjauksista ja benchmarking-käynnin havainnointiaineistosta. Kotihoidon ohjausryhmän ja kotihoidon kehittämisryhmän muistioista on tarkasteltu kehittämiseen osallistuneiden henkilöiden reflektointia kehittämisen edetessä. Aineistoista on esitetty yhteenveto liitteessä 1.

Asiakirja-aineisto muodostui vuoden 2016 kotihoidon eri palaverien muistioista, joita oli yhteensä 13. SWOT-nelikentän tekemiseen osallistuivat kotihoidon työntekijät. Oppimiskahvila eli learning café toteutettiin yhdessä kotihoidon työntekijöiden ja johtoryhmän jäsenten kanssa (n=11). Osallistujien lukumäärä vaihteli 9–12 välillä keskiarvon ollessa 11 osallistujaa/kerta. Yksi aineisto syntyi benchmarking-käynnin reflektioivasta palautteesta (4 osallistujaa). Nämä aineistot on kerätty syksyllä 2017. Kehittämistoiminnan seurauksena syntyi neljä kotihoidon ohjausryhmän muistiota ja viisi kehittämisryhmän muistiota, joihin kirjattiin päätetyt asiat sekä osallistujien reflektiot kehittämisestä.

SWOT-nelikentän ja oppimiskahvilan tuotokset on kirjattu samalla tavalla ylös aineistoksi kuten osallistujat ovat ne kirjoittaneet. Kotihoidon kehittämisryhmässä käsitellyt asiat on kirjattu heti lähes sanatarkasti kehittämistoimintaan osallistuneiden nähden heijastamalla merkinnät seinälle. Näistä kirjauksista on laadittu muistiot, jotka ohjausryhmän kaksi jäsentä ovat tarkistaneet. Benchmarking-käynnistä osallistujat vastasivat sähköpostilla neljään kysymykseen. Kotihoidon kehittämisen seurauksena syntyi siis monenlaista aineistoa.

6.2.1 Asiakirjat

Asiakirja-aineisto muodostui kotihoidon yhteispalaverien ja kotihoidon tiimien palaverimuistioista yhdeltä kokonaiselta vuodelta. Aineistona olivat ne muistiot, jotka on tallennettu organisaation IMS-laatujärjestelmään vuonna 2016. Muistiota oli yhteensä kolmetoista. Kotihoidossa oli pidetty kuusi yhteispalaveria, kolme tiimivastaavien ja sekä neljä tiimin palaveria. Kotihoidon palaverit toteutuivat säännöllisesti alkuvuodesta aina elokuun loppuun saakka. Syyskuun jälkeen kotihoidossa

ei ole pidetty sellaista palaveria, josta olisi laadittu muistio. Osallistujien määrä on vaihdellut kahdesta kahteentoista riippuen palaverista.

Olen käyttänyt tätä aineistoa ymmärtääkseni kotihoidon toimintaa sekä taustoittaakseni itselleni, millaisia asioita kotihoidon palavereissa on käsitelty. Palavereissa oli käsitelty monipuolisesti eri aiheita, mutta yleisimmin asiakaspalautteita, haittatapahtumien raportointijärjestelmään tehtyjä ilmoituksia, asiakastietokannan toimivuutta, tiimiytymistä, kaupungille tehtävää kuukausiraportointia, hoito- ja palvelusuunnitelmia sekä monia kotihoidon arjessa esiintyviä asioita. Eräs huomionarvoinen seikka oli se, että kotihoidon esimiehen irtisanouduttua organisaation palveluksesta siitä ei löytynyt mitään merkintää, miten työt on organisoitu hänen poislähtönsä jälkeen.

6.2.2 SWOT

SWOT-nelikenttä on menetelmä, jota käytetään strategian laatimisessa. Se auttaa ongelmien tunnistamisessa, arvioinnissa ja kehittämisessä. SWOT-menetelmässä tunnistetaan vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. (Ahonen 2017, 89.)

Ensimmäinen palaveri, johon työntekijät osallistuivat kanssani, pidettiin maaliskuussa 2017. Palaverin tunnelma oli kiinnostuneen odottava siten, että vihdoinkin alkoi tapahtua jotakin. Palaverin tavoitteena oli kehittäjän ja kotihoidon työntekijöiden molemminpuolinen tutustuminen, minkä jälkeen kerroin, mikä on SWOT-nelikenttä. Lisäksi saadakseni tarkemman kuvan nykytilanteesta esitin myös kaksi kysymystä: mitkä asiat olivat työntekijän mielestä hyvin ja mitä asioita piti kehittää.

Palaveriin oli varattu aikaa 1,5 tuntia. Paikalla oli yhteensä kahdeksan osallistujaa. Osallistujat toimivat pareittain ja kirjasivat isolle fläppitaulun paperille tarkasteltavat asiat ylös. Parit kiersivät paperilta toiselle, jolloin he näkivät, mitä edelliset olivat kirjanneet. Työskentelyaikaa oli varattu seitsemän minuuttia/kohta. Samalla kertaa työntekijät vastasivat samalla tavalla kahteen edellä mainittuun avoimeen kysymykseen.

6.2.3 Oppimiskahvila sekä ohjausryhmä ja kehittämisryhmä dialogissa

Kotihoidon kehittämisen ohjausryhmän muodostivat johtoryhmän jäsenet ja kotihoidon palveluvastaava. Varsinaisessa kehittämisryhmässä olivat sekä johtoryhmän edustajat ja kotihoidon työntekijät yhdessä.

Elokuussa 2017 alkoi varsinainen kotihoidon kehittäminen. Olin varannut tilaisuutta varten isoja papereita, tusseja sekä tilat. Ensimmäisen kehittämispalaverin tavoitteena oli valita SWOT-analyysin tulosten perusteella kolme aihetta, mitä työntekijöiden mielestä piti alkaa ensimmäiseksi kehittää sekä keskustella niissä olevista ongelmista sekä ideoida jo ratkaisuja. Näiden kohteiden valinta tapahtui keskustellen yhdentoista osallistujan kesken. Kohteisiin liittyneitä ongelmia ja kehittämisehdotuksia käsiteltiin oppimiskahvilassa.

Oppimiskahvila eli learning café on menetelmä, jossa keskitytään joidenkin teemojen tai kysymysten ratkaisuun pöytäkunnittain. Oppimiskahvilassa jakaannutaan pienryhmiin, jotka vaihtavat pöydästä toiseen, jolloin uuden pöydän luokse saapunut ryhmä alkaa pohtia annettua teemaa ja ideoida sitä eteenpäin. (Learning café eli oppimiskahvila 2017.)

Ohjausryhmän ja kehittämisryhmien palavereista laadittiin muistiot. Kehittämisryhmän palavereissa haluttiin kokeilla dialogisuutta työntekijöiden kanssa aiemmin saadun palautteen perusteella esim. ESR-hankkeesta. Palaverien aluksi käytiin kuulumiskierros osallistujien kesken ja sen hetkiset tunnelmat kirjattiin ylös. Kehittämisryhmässä käsiteltiin asiakokonaisuudet, mitkä oli valittu kehittämisen kohteiksi SWOT-analyysistä tai muulla tavalla tulleet palautteesta. Tällainen palaute oli esim. yhteistyökumppanin palaute asiakkaisiin liittyvistä kuukausiraporteista.

6.2.4 Benchmarking

Kotihoidon kehittämisessä hyödynnettiin myös vertaisarviointia. Vertailukehittäminen eli benchmarking tarkoittaa hyvistä esimerkeistä oppimista. Benchmarking on järjestelmällistä työtä, jossa omaa toimintaa, sen tehokkuutta, laatua ja työprosesseja verrataan yleensä parhaisiin kilpailijoihin tai muihin organisaatioihin, joiden

tiedetään olevan kehityksen kärjessä. Oman toiminnan kehittämisessä voidaan näin päästä eteenpäin nopeammin. (Outinen, Lempinen, Holma & Haverinen 1999, 148.)

Benchmarking-käynti sovittiin vastaavan tyypiseen organisaation kotihoitoon Länsi-Suomessa. Käynnille laadittiin etukäteen kysymykset, mitä haluttiin selvittää. Kysymyslista jakaantui eri aiheeseen, jotka liittyivät tutustumisorganisaation kotihoidon historiaan, asiakkuuksiin, työn organisoimiseen ja tavoitteisiin esim. tavoitetyöajassa, suhteisiin yhteistyökumppaneihin ja työntekijöiden työhyvinvointiin.

6.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi. Sisällönanalyysi tarkoittaa kirjoitettujen, kuultujen tai nähtyjen sisältöjen analyysia. Sisällön analyysin tekijän on päätettävä, mikä hänen keräämässään aineistossaan on kiinnostavaa. Aineisto käydään läpi erottamalla ja merkitsemällä ne asiat, jotka sisältyvät kiinnostukseen. Merkityt asiat kerätään yhteen ja erikseen muusta aineistosta. Tämän jälkeen seuraa aineiston luokittelu, teemoittelu tai tyypittely, minkä jälkeen kirjoitetaan yhteenveto. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93–94.)

Havainnoinnit pelkistetään Pentti Alasuutarin (2007, 40) mukaan raakahavainnoiksi. Pelkistämisen ideana on karsia havaintomäärää havaintojen yhdistämisellä. Erilliset raakahavainnot yhdistettiin yhdeksi havainnoksi tai ainakin harvemmaksi havaintojen joukoksi. Tähän päästiin etsimällä havaintojen yhteinen piirre tai nimitystä. Havaintojen yhdistämisellä ajatellaan aineistossa olevan esimerkkejä tai näytteitä samasta ilmiöstä.

Luokittelu on yksinkertainen aineiston järjestämisen muoto. Sitä voidaan pitää kvantitatiivisena analyysinä sisällön teemoin. Aineistosta voidaan määritellä luokkia ja niistä lasketaan, kuinka monta kertaa jokainen luokka esiintyy aineistossa. Teemoittelu voi olla luokituksen kaltaista, mutta tässä painottuu, mitä kustakin teemasta on sanottu. Lukumäärillä ei niinkään ole merkitystä. Tyypittelyssä aineisto ryhmitetään tietyiksi typeiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93.)

Laadullinen analyysi voidaan jakaa induktiiviseen ja deduktiiviseen analyysiin. Induktiivisessa päättelyn logiikassa päättely perustuu yksittäisestä yleiseen ja deduktiivisessa yleisestä yksittäiseen. Kolmas päättelyn logiikka on abduktiivinen päättely, jossa teorianmuodostus perustuu johonkin johtoaajatukseen tai johtolankaan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 97.)

Aineistolähtöisessä analyysissä voidaan puhua aineiston pelkistämisestä, ryhmitelystä sekä alakategorioiden, yläkategorioiden ja yhdistävien kategorioiden luomisesta (Tuomi & Sarajärvi 2002, 102). Teorialähtöinen analyysi nojaa puolestaan johonkin tiettyyn teoriaan, malliin tai auktoriteetin esittämään ajatteluun. Tutkittava ilmiö määritellään jo jonkin ennestään tunnetun mukaisesti.

6.4 Kehittämistoiminnan luotettavuuden arviointi ja eettisyys

Luotettavuuden arvioinnissa on hyvä kiinnittää huomio tutkijan asemaan. Ulkoisessa arvioinnissa arvioija tarkastelee kehitystoimintaa ulkoapäin, kun taas sisäisessä arvioinnissa arvioija analysoi sitä toimintaa, mitä itse on toteuttamassa. Sisäisen arvioijan vahvuutena on kohteen hyvä tuntemus, mahdollisuus monipuolisiin aineistoihin sekä suurempi mahdollisuus hyödyntää saatua tietoa toiminnan kehittämiseen (Toikko ym. 2009, 62.) Tässä kehittämistehtävässä koen olevani puolittain ulkoinen toimija sen vuoksi, että perustutkintoni (fysioterapeutti amk) takia en ole koskaan työskennellyt kotihoidossa. Osittain olen sisäinen arvioija sen vuoksi, että kotihoito on yksi organisaatiomme ydinprosesseista ja tunnen itse organisaatiomme toiminnan hyvin vuosikymmenien kokemuksella.

Opinnäytetyön luotettavuus syntyy, että asiat tehdään huolellisesti ja perustellusti, asiat dokumentoidaan sekä ymmärretään oma asema tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa. Opinnäytetyön suunnittelussa, toteutuksessa, arvioinnissa noudatan esim. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan Hyviä tieteellisiä käytäntöjä -ohjetta. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2013). Näitä ohjeita ovat esimerkiksi, että tutkijat ja tieteelliset asiantuntijat noudattavat seuraavia toimintatapoja kuten rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten kirjaamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa. Hyvää

tieteellistä käytäntöä on, että tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti vaatimusten mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 132–133.)

Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa on kaksi käsitettä: osallistuminen ja osallistaminen. Osallistamiseen liittyvä käsite korostaa toimijoiden subjektiivisuutta, mutta toisaalta siihen vaikuttaa ulkoapäin vaikuttaminen ja objektivointi. Työntekijöitä voidaan ohjata, opastaa ja jopa ”pakottaa” osallistumaan. Vaikka osallistaminen tapahtuu ulkoapäin, niin toiminnan oletetaan kuitenkin etenevän työntekijöiden ehdoilla. (Toikko & Rantanen 2009, 90.)

6.5 Kehittämisen eteneminen

Kotihoidon kehittämisen tarve ilmeni vuoden 2017 alussa, kun työntekijöiden keskuudessa alkoi esiintyä työhyvinvointiin vaikuttavia seikkoja kuten kiirettä ja väsymystä sekä ylitöiden kertymistä joillekin työntekijöille. Myös tehtäväkuvat, prosessikuvaus, laskutus ja tuotteistus kaipaivat selkeyttämistä suullisten palautteiden perusteella. Kotihoidon kannattavuus ei ollut hyvä, vaikka asiakas- ja käyntimäärät sekä työntekijöiden määrä olivat lisääntyneet kahdeksassa vuodessa kahdesta kahteentoista.

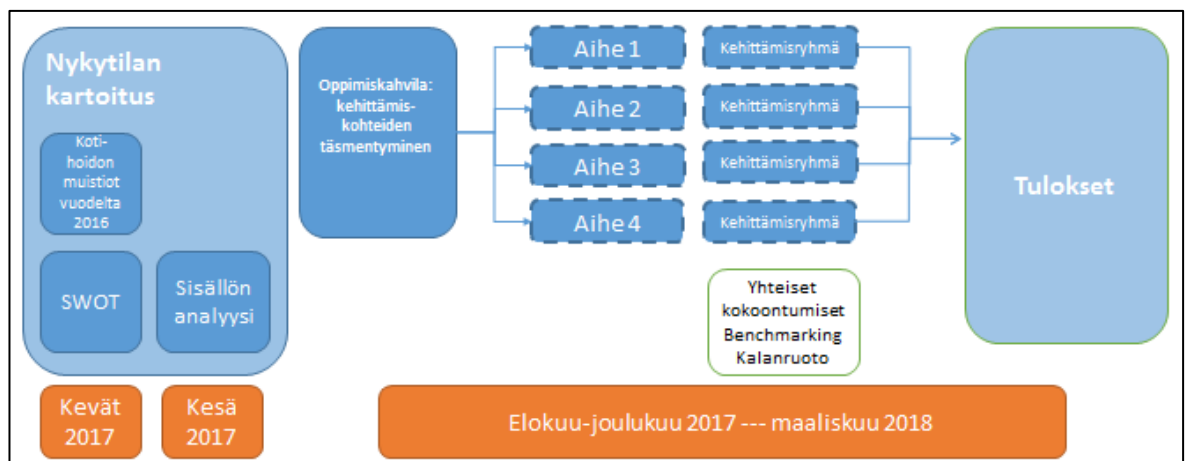
Esimies yhdessä johtoryhmän kanssa käsitteli kotihoidon tilannetta helmikuussa 2017. Kotihoitoa oli tarvetta kehittää niin työn tekemisen ja organisoinnin kuin kustannustehokkuuden näkökulmasta. Olin aloittanut ylemmän ammattikorkeakoulun johtamisen ja kehittämisen opinnot syksyllä 2016. Kotihoidon kehittäminen valikoitui näin opinnäytetyöni aiheeksi. Oli tarpeen selvittää, mitä kiireen ja väsymyksen taakse kätkeytyi. Päättiin kysyä työntekijöiltä, millaisia kotihoitoon liittyviä ongelmia koettiin. Myös johdolla oli oma visionsa, mihin suuntaan kotihoitoa piti kehittää. Tässä vaiheessa päätettiin hyödyntää dialogisuutta ja saada tuotokseksi selkeämpi prosessikuvaus. Kotihoidon kehittämisen kysymykset täsmentyivät tästä vielä yksityiskohtaisemmiksi.

Kotihoidon kehittäminen alkoi muuttua kokonaisvaltaiseksi prosessin kehittämiseksi, kun erilaisten aineistojen analyysien myötä alkoi selvitä kehittämistä tarvitsevat asiakokonaisuudet. Kehittämistyön kohteeksi alkoi tarkentua koko kotihoito-

prosessi eri vaiheineen, jotta palvelu olisi entistä laadukkaampaa ja asiakkaat valitsivat organisaation kotihoitopalvelut valinnanvapauden koittaessa.

Kotihoidon toiminnan kehittämiseen osallistuivat kaikki kotihoidon työntekijät sekä johtoryhmä. Kehittämistoimintaa voitiin pitää näin laajempänä kokonaisuutena. Nämä kaksi ryhmää olivat yhdessä määrittelemässä ongelmia sekä kehittämässä niihin ratkaisuja.

Kehittämistoiminnan etenemisen on kuvattu kuviossa 2.



Kuvio 2. Kehittämistoiminnan eteneminen

7 KEHITTÄMISTOIMINNAN TULOKSET

Tässä luvussa esitellään organisaation kotihoidon tilanne kehittämisen alkuvaiheessa sekä kahden avoimen kysymyksen vastaukset. Tilanneanalyysin perusteella valittiin kehittämisen kohteet oppimiskahvilassa. Lisäksi esitellään kehittämistoiminnalla saadut tulokset, mutta kuvataan myös kehittämisryhmän osallistujien puhetta siitä, miltä kehittämistoiminta on tuntunut. Tämä on ollut samalla dialogin juurruttamista ja kokeilua.

7.1 Kotihoidon tilanne kehittämisen alkuvaiheessa

Ensimmäiseen kehittämiskysymykseen, millaista oli yksityisen palveluntuottajan kotihoidon toiminta alkuvaiheessa, haettiin vastauksia SWOT-nelikentällä. Sen vastaukset käsiteltiin laadullisella sisällön analyysillä aineistolähtöisesti eli induktiivisesti. Kaikki vastaukset huomioitiin sisällön analyysissä, sillä niiden tuottamiseen oli osallistunut seitsemän työntekijää kahdestatoista. SWOT-nelikentän tulokset on tiivistetty taulukkoon 2 ja SWOT-nelikentän sisällön analyysi kokonaisuudessaan on liitteenä 2.

Taulukko 2. Kotihoidon työntekijöiden SWOT-nelikentän tulokset

Vahvuudet	Heikkoudet
Henkilöstöön liittyvät vahvuudet: <ul style="list-style-type: none"> Osaava ja joustava henkilökunta Henkilökunnan kokemus ilmapiiri Henkilökunnan mainitsemat arvot Organisaation maine: <ul style="list-style-type: none"> Maine Palvelutuotteiden myyminen: <ul style="list-style-type: none"> Markkinoiminen ja myyminen 	Kotihoitoprosessiin sujuvuuteen vaikuttava viestintä: <ul style="list-style-type: none"> Työn suunnitteluun ja toteutukseen liittyvä vuorovaikutus Henkilöstöpolitiikka ja päivittäisjohtaminen: <ul style="list-style-type: none"> Rekrytointiprosessi Työn suunnittelu Osaaminen Työhyvinvointi: <ul style="list-style-type: none"> Henkilöstön kokemus ilmapiiri Toimintatavat: <ul style="list-style-type: none"> Työn- ja tehtävänkuvat Tiedottaminen asiakkaan suuntaan: <ul style="list-style-type: none"> Palvelun ostajan velvollisuudet

Mahdollisuudet	Uhat
Asiakkaan tarpeisiin vastaaminen: <ul style="list-style-type: none"> Markkinointi ja myyminen Henkilöstön osaaminen ja johtaminen: <ul style="list-style-type: none"> Osaamisen hyödyntäminen Henkilöstöpolitiikka 	Henkilöstöjohtaminen: <ul style="list-style-type: none"> Esimiestyö Työkuormitus Henkilöstöpolitiikka Prosessin sujuvuuteen vaikuttavat tekijät: <ul style="list-style-type: none"> Menettelytavat sekä työn- ja tehtäväkuvat Asiakkuuden hoitaminen: <ul style="list-style-type: none"> Tuotteistaminen

7.1.1 Vahvuudet

Kotihoidon työntekijöiden mielestä vahvuudet liittyivät henkilöstöön, organisaation maineeseen ja palvelutuotteiden myymiseen.

Taulukko 3. Työntekijöiden mainitsevat kotihoitoon liittyvät vahvuudet.

Yläluokka	Alaluokka/-luokat
Henkilöstöön liittyvä vahvuudet	Osaava ja joustava henkilökunta Henkilökunnan kokemus ilmapiiri Henkilökunnan mainitsevat arvot
Organisaation maine	Maine
Palvelujen myyminen	Myyminen ja markkinoiminen

Maininnoista suurin osa liittyi henkilöstöön, jota kuvattiin osaavaksi ja joustavaksi. Henkilökunnalla on osaamista, ammatillista kehittymistä, paineensietokykyä ja joustavuuteen liittyvää muuntautumiskykyä. Työntekijät kuvasivat vahvuuksiaan esimerkiksi seuraavasti.

Pystytään työskentelemään laadullisesti paineen alla.

Opiskelun mahdollisuudet.

Ilmapiiriin liittyvä keskinäinen luottamus kuvattiin ryhmähenkenä ja työntekijöiden keskeisenä tasa-arvoisuutena. Arvot ilmenivät ihmisen kunnioittamisena, kun työn

lähtökohtana oli asiakaslähtöisyys ja ystävällisyys. Lisäksi organisaation arvo, yritteliäisyys, mainittiin. Arvot kävivät ilmi seuraavissa lainauksissa.

Ystävälliset ja asiakasorientoituneet työntekijät.

Yritteliäisyys ja yrittäjähenkisyys.

Toiseksi eniten mainintoja sai työnantajan maine. Organisaatiota pidettiin tunnetuna, paikallisena ja kauan toiminnassa olleena. Lisäksi organisaatiossa koettiin olevan osaamista, mitä voitiin hyödyntää tarvittaessa.

Luotettavuus toiminnassa.

Paikallisuus ja pitkät perinteet.

Yksi maininta liittyi erilaisten palvelujen myymiseen asiakkaille. Asiakkaalle voidaan myydä aluksi kevyempiä palveluita ja tarpeiden lisääntyessä voidaan tarjota monipuolisesti esim. jalkahoitoa, aterioita ja lopuksi tehostettua palveluasumista.

7.1.2 Heikkoudet

Heikkoudet liittyivät henkilökunnan mielestä kotihoidon prosessiin liittyvään viestintään, henkilöstöpolitiikkaan ja päivittäisjohtamiseen sekä toimintatapoihin, työhyvinvointiin sekä tiedottamiseen asiakkaan suuntaan.

Taulukko 4. Työntekijöiden mainitsevat kotihoitoon liittyvät heikkoudet.

Yläluokka	Alaluokka/-luokat
Kotihoitoprosessin sujuvuuteen vaikuttava viestintä	Työn suunnitteluun ja toteutukseen liittyvä vuorovaikutus
Henkilöstöpolitiikka ja päivittäisjohtaminen	Rekrytointiprosessi Työn suunnittelu Osaaminen
Toimintatavat	Työn- ja tehtäväkuvat
Työhyvinvointi	Henkilöstön kokemus ilmapiiri
Tiedottaminen asiakkaan suuntaan	Palvelun ostajan velvollisuudet

Prosessin sujuvuutta heikensi viestintä, mikä liittyi työn suunnitteluun ja toteutukseen. Se liittyi päivittäiseen viestintään, kirjaamisen laatuun asiakastietokantaan ja kirjaamisen laatuun asiakkuuden alkaessa. Lisäksi heikkoutena pidettiin aamuraportoinnin puutetta, sillä sellaisen aloittamista toivottiin.

Päivittäisviestintä koettiin heikkoutena. Se koettiin heikkona tiedonkulkuna työntekijöiltä esimiehelle, joka suunnittelee asiakaskäynnit. Asiakaskirjaukset eivät olleet asiakastietokannassa ajan tasalla tai kirjauksia pidettiin riittämättöminä.

Riittämättömät kirjaukset Domassa [asiakastietokannassa].

Ei ole ajan tasalla asiakkaiden tiedot.

Henkilöstöpolitiikkaan ja päivittäisjohtamiseen liittyvä heikkous liitettiin rekrytointiin, mikä tuli ilmi työntekijöiden vaihtumisena. Lisäksi esitettiin toive, että työntekijän perehdytys olisi ajallisesti riittävän pitkä.

Uusien työntekijöiden perehdytys voisi olla esim. 5 päivää.

Työn suunnitteluun liittyvä aikaresurssin puute esitettiin myös heikkoutena. Se liittyi toiveeseen lisätyövoiman tarpeesta, kun uuden asiakkuuden alkaessa aikaa ei ollut riittävästi käytettävissä kirjalliseen dokumentaatioon.

Tämänhetkinen tilanne vaatisi lisää työvoimaa, jotta voitaisiin tehdä heti uusien asiakkaiden palvelusopimukset ja potilastietojen kirjaukset/luomiset (nyt tehdään ylitöinä → kauanko näin jaksaa).

Toimintatapoihin liittyvä työn- ja tehtävänkuvat nähtiin heikkoutena. Käytännössä tehtävänkuvien epäselvyys voitiin ajatella näkyvän siinä, että vastuuhenkilöitä tai menettelytapoja laitehuollossa ei oltu määritelty, kun hoitovälineet eivät ole kunnossa ja jotkut keskeiset mittavälineet olivat rikki.

Hoitovälineistö ei ole ajan tasalla → ei toimi mm. mittarit (hb ja CRP).

Lisäksi henkilöstön kokema ilmapiiri mainittiin heikkoutena. Se mainittiin organisaation sekä sisäisenä vuorovaikutuksena että vuorovaikutuksena hankalassa

tilanteessa. Käytännössä se mainittiin työilmapiirinä esimiesten kanssa, mutta myös selän takana puhumisessa.

Ilmapiiri yleisesti aika hyvä, mutta "selän takaa" kuuluu välillä. Rohkeus myös muilla työkavereilla puuttua suoraan asiaan, jos jossain "möyhätään".

7.1.3 Mahdollisuudet

Mahdollisuudet painottuivat selkeästi asiakkaan tarpeisiin vastaamiseen. Jotta se on mahdollista, niin tarvittiin myyntiä ja markkinointia.

Taulukko 5. Työntekijöiden mainitsevat kotihoitoon liittyvät mahdollisuudet.

Yläluokka	Alaluokka/-luokat
Asiakkaan tarpeisiin vastaaminen	Markkinoiminen ja myyminen
Henkilöstön osaaminen ja johtaminen	Osaamisen hyödyntäminen Henkilöstöpolitiikka

Kotihoidon toiminta-alue nähtiin kasvavana, kun uusia iäkkäitä asukkaita muuttaa kaupunkiin. Organisaation sijainti on kaupungissa keskeinen, minkä vuoksi asiakaskäynneille on helppo lähteä. Tarvitaan kuitenkin kotihoidon tuotteiden arviointia, erikoistumista enemmän erilaisiin palveluihin sekä hinnoittelun tarkistamista. Kun palvelun laatu on kunnossa, niin kestäviin asiakassuhteisiin uskotaan. Seuraavat lainaukset kuvaavat tätä.

Hissittömiä taloja on Seinäjoella todella runsaasti, palvelut on siis vietyä kotiin.

Hoidon hinnoittelun tarkistaminen mm. kotisairaanhoidon osalta esim. haavanhoitopaketit.

Mainonnan tehostaminen entisestään, jalkautuminen (sosiaalinen media), siten palvelut tutuiksi.

Hyvä palvelun laatu, asiakkaat pysyvät eivätkä vaihda palveluntuottajaa.

Henkilöstö näki, että mahdollisuus on myös henkilöstön oman osaamisen hyödyntämisessä. Työntekijät ovat monitaitoisia ja heidän erityisosaamisen hyödyntäminen on mahdollisuus.

7.1.4 Uhat

Uhat jakaantuivat henkilöstöjohtamiseen, prosessin sujuvuuteen vaikuttaviin tekijöihin sekä asiakkuuden hoitamiseen.

Taulukko 6. Työntekijöiden kuvaamat kotihoitoon liittyvät uhat

Yläluokka	Alaluokka/-luokat
Henkilöstöjohtaminen	Esimiestyö Työkuormitus Henkilöstöpolitiikka
Prosessin sujuvuuteen vaikuttavat tekijät	Menettelytavat sekä työn- ja tehtäväkuvat
Asiakkuuden hoitaminen	Tuotteistaminen

Uhkina koettiin työkuormitus sekä esimiestyöhön liittyvä päivittäisjohtaminen. Se liittyi työvuorosuunnitteluun ja siihen, että suunnittelussa pitäisi pystyä huomioimaan jo tiedossa olevia asioita paremmin. Työkuormitus näkyi aikapaineena ja kiireen kokemisena. Heikkoudeksi mainittiin myös työsuhte ja sen jatkaminen hyvien sijaistystövoiman kohdalla.

Kiireessä työntekijöiden jaksaminen. Työvuorolistat järkevämmät.

Ennakoimattomuus (pitäisi ennakoida enemmän tulevia jo tiedossa olevia tilanteita).

Työtehtävien onnistumisen kannalta uhkana mainittiin, että hoitolaitteet eivät toimi. Myös työntekijöiden välillä oli keskinäistä epäilyä, tekevätkö kaikki työntekijät työtehtävät kunnolla loppuun asti. Uhkina mainittiin samoja asioita, mitä heikkouksissakin kävi ilmi.

Hoitolaitteisto ei toimi.

Hoitaako jokainen työntekijä asiat loppuun asti ja miten tämä varmistetaan → luottavuus.

Asiakkuuden hoitamiseen liittyy tuotteistaminen, mikä sisältää palvelutuotteen sisällön kuvauksen ja hinnoittelun. Palvelun alkaessa ensikohtaaminen asiakkaan kanssa pitäisi onnistua hyvän ensivaikutelman saamiseksi. Heikkoutena koettiin myös asiakkaan maksukyvyttömyys. Nämä ilmenivät seuraavissa lainauksissa.

Ensimmäiseen käyntiin satsattava kunnolla → ensivaikutelma!

Asiakkailla ei ole varaa maksaa palveluista niin paljon kuin pitää.

7.1.5 SWOT-analyysin yhteenveto

Työntekijät saivat kuvata kotihoidon tilannetta SWOT-nelikentän avulla. Nelikentän analyysin tuloksena oli, että vahvuudet liittyivät suurimmaksi osaksi henkilöstöön liittyviin piirteisiin sekä organisaation maineeseen.

Eniten mainintoja heikkouksissa sai viestintä. Se ilmeni niin suullisessa kuin kirjallisessa viestinnässä. Tiedonkulkua työntekijältä toiselle vaikeuttivat vanhentuneet tai riittämättömät asiakaskirjaukset asiakastietokannassa. Myös työntekijälähtöinen viestintä työlistojen suunnittelijalle koettiin puutteellisena. Henkilöstöpolitiikkaan ja päivittäisjohtamiseen liittynyt uhka esitettiin lähinnä toiveena siitä, että työntekijöitä voitaisiin rekrytoida lisää ja heillä perehdytysaika olisi riittävän pitkä. Uhkiin liittyivät myös työntekijöiden mainitsemat tehtävän- ja työnkuvien epäselvyydet.

Työntekijät kirjasivat mahdollisuuksiksi asiakkaan tarpeisiin vastaamisen. Kotihoidon palveluiden myyminen on mahdollisuus organisaation kokemuksen ja sijainnin takia oman maakunnan keskuksessa. Uhkista keskeisimmät seikat liittyivät esimiestyöhön ja päivittäiseen johtamiseen liittyviin asiakokonaisuuksiin. Työntekijät esittivät toiveita esimiestyöhön kuuluvasta työvuorosunnittelusta sekä mahdollisuudesta ennakoita ne asiat, jotka olivat jo tiedossa. Toisaalta myös työtoverilta toivottiin laaja-alaisempaa ajattelutapaa.

Työntekijöiltä kysyttiin myös avoimessa kysymyksessä, mitä asioita heidän mielestään pitäisi kehittää. Näitä vastauksia tuli 14, joista työn organisoimiseen liittyvät kehittämistarpeet liittyivät sijaistamisiin (3 mainintaa) sekä päivittäisen työn organisoimiseen ja tekemiseen. Näitä olivat esimerkiksi ennakkoimaton ja suunnittelematon työ. Kehittämistarpeet, mitä SWOT-nelikentässä ei tullut ilmi, liittyivät säännöllisten kokousten ja asiakkuuspalaverien pitämiseen, isompiin ja rauhallisempiin työtiloihin, prosessikuvauksiin, yhteisiin pelisääntöihin ja työntekijöiden työnkuviin. Avoimeen kysymykseen, mitkä asiat ovat kotihoidossa hyvin, tuli seitsemän vastausta. Niistä viisi liittyi työntekijöihin. Maininnoissa korostui hyvä työporukka, joustavuus ja ammattitaitoisuus. Asiakkaita pidettiin mukavina ja niiden määrä oli myös kasvanut.

SWOT-nelikenttä ja sen analysoiminen toivat esiin työntekijöiden mielipiteet ja näkökulmat, mitä ohjausryhmä käsitteli luodessaan suunnitelmaa, miten kehittämistä viedään eteenpäin. Päätettiin, että tulokset esitellään työntekijöille elokuun palaverissa, jossa nostetaan kehityksen kohteiksi keskustelun tuloksena nopeimmin kehittämistä vaativat asiat. Työntekijät saivat nähdäkseen pelkistetyt ilmaukset sekä ala- ja yläluokat sekä vastaukset kahdesta avoimesta kysymyksestä. Tämän jälkeen työntekijät ja johto pääsivät valitsemaan aiheet, mitä kotihoidossa piti kehittää ensimmäisenä.

7.2 Kehittäminen eteni monitahoisesti yhteistyössä

Toinen kehittämiskysymys kohdistui siihen, miten kotihoidon osa-alueita piti kehittää työntekijöiden ja johdon näkökulmasta. Varsinainen kehittäminen ajoittui vuoden 2017 jälkimmäiselle puoliskolle. Elokuussa 2017 oli kotihoidon ensimmäinen työntekijöiden ja johdon kehittämispalaveri, jossa mukana olivat kotihoidon kahdeksan työntekijää sekä johtoryhmän kolme jäsentä. Olin varannut tilaisuutta varten isoja papereita, tusseja sekä tilat.

7.2.1 Oppimiskahvilassa ongelmien täsmentyminen ja ratkaisujen etsintää

Tämän kehittämispalaverin tavoitteena oli valita SWOT-analyysin tulosten perusteella tärkeimmät aiheet, mitä työntekijöiden ja johdon mielestä piti alkaa ensimmäiseksi kehittää. Kehittämiskohteisiin liittyvät ongelmat sekä mahdolliset ideat ja ratkaisut työstettiin oppimiskahvilassa. Kolme kohdetta valikoitui yksimielisesti SWOT-analyysistä keskustellen yhdentoista osallistujan kesken. Neljäs aihe, työtilat, tuli mukaan kehityskohteeksi avoimen kysymyksen vastauksesta.

Kehittämisen kohteiksi muodostuivat:

- kotihoidon työntekijöiden tehtäväkuvat
- lääkinnälliset laitteet ja välineet
- viestintään liittyvät sisällöt
- työtilat.

Näitä neljää aihetta käsiteltiin kolmessa oppimiskahvilaryhmässä. Keskustelun perusteella välineistä ja laitteista erotettiin puhelinliikenne täydennettynä työtiloilla omaksi aihekokonaisuudeksi. Yhtenä aiheena olivat ”roolit”, jotka myöhemmin ja-lustuivat muotoon tehtäväkuvat. Yhdessä pöytäkunnassa puheenjohtaja pysyi koko ajan samana, sillä pöydän teemana olivat välineet ja laitteet. Puheenjohtajana toiminut johtoryhmän jäsen oli asiantuntija teknisluonteisissa asioissa. Kahden muun pöydän puheenjohtaja vaihtui siten, että edellisen ryhmän jäsen jäi kertomaan seuraavalle ryhmälle keskustelujen sisällöistä. Osallistujia oli yhteensä 11. Itse toimin oppimiskahvilan koordinoijana ja kellottajana. Aikaa oli varattu 20 minuuttia/ryhmä/aihe.

Kehittämiskohteiden ongelmia ja ratkaisuja käsiteltiin oppimiskahvilamenetelmällä. Oppimiskahvilassa käsiteltiin valituista teemoista ongelmia hyvinkin yksityiskohtaisesti. Näitä olivat esimerkiksi:

- tabletit eivät toimi
- kuuluvuus ongelmana kahdessa osoitteessa
- kirjaukset eivät näy DomaCaressa; 4G tippuu 3G-verkkoon
- kuka tekee tablettien päivityksen.

Samalla kertaa kirjattiin myös ehdotuksia, miten ongelma voitaisiin ratkaista. Yksi ehdotus liittyi työntekijöiden matkapuhelimiin. Kukaan ei tiennyt, kenellä työntekijällä oli mikäkin kotihoidon puhelin mukana. Ratkaisuna esitettiin, että jokaiselle hankitaan oma henkilökohtainen työpuhelin, mikä myös toteutui. Samalla tavalla jokaiseen ongelmaan haettiin myös ratkaisuja ja parannusehdotuksia.

Kokosin ryhmien tuotokset yhteen ja ne kirjattiin muistioon, mikä jaettiin koko kotihoidon henkilöstölle ja ohjausryhmän jäsenille. Muistioon kirjattiin kaikki huomiot, miten ongelmia voitaisiin ratkaista.

7.2.2 Keskustelun ja dialogisuuden hyödyntämistä kehittämisessä

Syksyn aikana iso kehittämissyöryhmä kokoontui viisi kertaa. Lisäksi toimintamallina oli aiheiden mukainen pienryhmätyöskentely, joiden jäsenet valikoituivat osallistamisen perusteella. Pienryhmätyöskentelyä tarvittiin, sillä kaikki eivät voineet osallistua niin intensiiviseen työskentelyyn oman perustehtävänsä lisäksi. Pienryhmien kehittämiskohteet olivat mm. puhelinliikenne, asiakaskäyntien optimointi ja tuotteistus. Myös ulkopuolisen palautteen perusteella kirjaamisen sisältöä piti alkaa kehittää nopealla aikataululla.

Jokaisen kehittämissyöryhmän aluksi jokainen sai kertoa kuulumisensa ja tunnelmansa kehittämistoiminnan aikana. Toisella kerralla työntekijöiden kokemuksta kehittämisestä kuvasi *odotus*. Työntekijät kuvasivat olevansa hyvillä mielin. Mukana oli myös luottamusmies, koska yhdistyksessä olivat alkaneet yhteistoimintaneuvottelut. Hän ei kuitenkaan osallistunut keskusteluun, vaan oli enimmäkseen tarkkailijan roolissa. Osallistujien odotukset on kirjattu kehittämispalaverin muistioon, josta ovat seuraavat lainaukset.

Hyvillä mielin ja odottavalla mielillä ollaan ja se, että suunnitelmat kuulostavat upealta.

Innostuneisuutta ja se, että viimein päästään kehittämään.

Toteutusta odotetaan sekä aikaa kehittämiselle.

Muutoksia pitää tulla paljon.

Kolmas kehittämispalaveri oli viikon kuluttua edellisestä. Kotihoidon työntekijöiden tunnelmat olivat edellispalaveria kireämmät ja turhautumista oli havaittavissa, kun viikossa ei ollut tapahtunut mitään kehittämisen näkökulmasta. Työntekijöiden mieliä vaivasi yhdelle työntekijälle sattunut lievä kolari, mikä heijastui työvoiman määrään. Tilanteet kotihoidossa muuttuivat nopeasti päivittäin ja uusia asiakkaita tuli. Tunnelma vaikutti *kireältä*. Kireyttä ja kiirettä kuvaavat seuraavat lainaukset muistosta.

Ahdistus vähän lisääntynyt.

Sijainen saatu, kun yksi pois. Kiire, kiire, kiire.

Resurssia on lisätty, mutta miksi se ei näy.

Lääkəriin saattokeikkoja on ollut kolmekin päivässä.

Lisäksi tällä kertaa avattiin yhtä demokraattisen dialogin periaatetta eli suoraan puhumista. Osallistujia pyydettiin myös perustelemaan ilmaisemiaan asioita, jotta avoimuus ja rohkeus mielipiteiden esittämiselle kehittämisryhmässä lisääntyisi ja saataisiin aidot kokemukset esille.

Neljänteen palaveriin mennessä työnkuvia oli muokattu. Palveluvastaavan rinnalle oli perustettu kaksi uutta työnimikettä, jotka olivat vuorovastaava ja suunnitteluvastaava. Palveluvastaavan tehtäviä jaettiin kahdelle työntekijälle. Kotihoidon työt organisoituivat uudella tavalla kolmen työntekijän kohdalla. Uusia toimintatapoja pyrittiin kokeilemaan, jos niitä muilta työtehtäviltä ehdittiin aloittaa. Tämä aiheutti oman kuohuntansa. Lähihoitajiin muutoksella ei ollut suurta vaikutusta. Toisten jaksamisesta oltiin myös huolissaan. Kehittämistyöryhmän tunnelma vaikutti kahtalaiselta: *stressaantuneelta ja levolliselta*.

Puhelinliikenne on työllistänyt palveluvastaavan sijaista: ollut kahden puhelun käännöt ja omat puhelut lisäksi. Ikäkeskus on pyytännyt enemmän palaveriä mukaan. Suunniteltuja uudistuksia ei edel-

leenkään ole ehditty aloittaa, syynä em. sekä asiakaskäyntien kasvu ja vuosiloma.

Lähihoitajat ovat saaneet tehdä työnsä rauhassa.

Suunniteltu kotihoidon työn organisointi on aiheuttanut kaaosta.

Palavereita ollut paljon: yhteistyötahon kokous, johdon katselmus, uusien asiakkaiden asiakaspalavereita, mistä on poikunut uusia asiakkuuksia, myyntiä tullut lisää.

OK, ollut kolmen puolesta huolissaan, kuinka jaksavat.

Mietityttää, mikä jumittaa, saadaanko hommaa ruotuun.

Viidennessä palaverissa esiteltiin myös pienryhmätyöskentelyn tulokset. Palaverin tunnelma oli aikaisempia kertoja *vapautuneempi*. Kehittämisyhmän jäsenten tunnelmat ovat muistiosta lainauksena.

Käytiin aluksi kuulumiskierros. Työntekijä vaihdoksia on tulossa ja tullut, sillä yksi on palannut töihin ja toinen siirtyy organisaation toiseen toimipisteeseen. Muuten koettiin, että kotihoidon kehittämisessä on tapahtunut nyt asioiden eteenpäin menemistä. Tunnelmat ovat paremmat ja selkiytymässä, kuka tekee mitäkin. Hyvä informaatio on ollut henkilökunnalle puhelinuudistuksesta. Yhtä huolestuttaa kotihoidon tulevaisuus, sillä se kuormittaa niin kotona asuvaa yksinäistä vanhusta kuin työntekijää. Ylen uutisissa oli ollut esitys perhehoidosta tehostetun palveluasumisen ja kotihoidon väliin. Koettiin, että palaset alkavat loksahdella enemmän kohdalle. Kotihoidossa on tullut esiin joitakin ongelmia viime viikolla, mistä ei ole ollut tietoa. Asiasta keskusteltiin ja todettiin, että avoin vuorovaikutus työyhteisössä on ensisijaista huumoria unohtamatta. Keskustelussa kävi ilmi esim. epäselvyys tehtävänjaoissa, joten tässä yhteydessä käytiin läpi 15.11.2017 muistio. Työvuorolistaa kuvattiin kivaksi ja mukavaa on ollut tulla töihin. Puhe-
linliikenteen uudistus on helpottanut työntekoa. Toinen kiitos työvuoroista: ihania työvuorolistoja, kiitokset listan tekijälle. Sairaanhoidajan poislähtö askarruttaa, miten toisessa toimipisteessä saadaan nyt sairaanhoidajan tukea. Tämä asia tuumaukseen.

Intensiivisen kehittämisen seurauksena syntyneet tulokset on esitelty seuraavassa luvussa.

7.2.3 SWOT-analyysillä saatujen aiheiden kehittämistulokset

Kotihoidon työntekijöiden tehtävänkuvat. Tehtävänkuvat päivitettiin. Tiimivastaavien nimekkeet poistettiin ja tilalle perustettiin kaksi uutta nimikettä, jotka olivat vuorovastaava ja suunnitteluvastaava. Esimiehenä toimivan palveluvastaavan tehtäviä siirrettiin vuorovastaavalle ja palveluvastaavalle. Palveluvastaavan työssä painottuvat uudet asiakkuudet ja niihin liittyvien sopimusten tekeminen sekä laskutustietojen tarkistaminen. Lisäksi hänellä on esimiestyö, johon liittyy mm. työvuorosuunnittelu sekä rekrytointi yhdessä toiminnanjohtajan kanssa. Vuorovastaava ja suunnitteluvastaava ovat kaksi eri työntekijää ja he toimivat viikko kerrallaan em. vastaavien tehtävissä. Vuorovastaava huolehtii mm. sijaisten hankinnasta työtilanteen mukaan. Hänelle ohjautuu kaikki asiakkaisiin liittyvät puhelut erilaisista organisaatiosta sekä lähiomaisilta. Suunnitteluvastaava vastaa asiakaskäyntien suunnittelusta ja asiakaskäyntien muutoksista esim. työntekijän sairastuessa. Hän osallistuu hoitopalavereihin ja palvelusuunnitelmien laadintaan ja päivittämiseen. Lisäksi hän valvoo asiakasraportointia yhteistyötaholle. Myös sairaanhoitajan ja lähihoitajan tehtävänkuvat päivitettiin.

Puhelinliikenne, lääkinnälliset laitteet, välineet ja työtilat. Jokainen kotihoidon työntekijä sai henkilökohtaisen puhelinnumeron ja matkapuhelimen sisäiseen käyttöön. Asiakkailta, heidän läheisiltään ja muista sosiaali- ja terveysalan organisaatioista tulevat puhelut ohjattiin vuorovastaavalle. Näin saatiin lisää työrauhaa asiakaskohtaamiseen kotikäynneillä. Lisäksi puhelimiin liittyvät erilaiset avauskoodit tiedotettiin henkilökunnalle. Terveystieteidenlaitteille valittiin laitevastaava ja hänelle varahenkilö. Lääkinnällisten laitteiden huolto- ja kalibrointiprosessi on edennyt suunnitellusti. Uusia kotihoidon tarvitsemia mittareita kuten INR- ja verenpainemittareita hankittiin lisää. Kannettavia tietokoneita hankittiin lisää sekä selvitettiin matkapuhelinverkon toimivuutta useammassa kohteessa. Työtilojen käyttöä uudistettiin. Kotihoidon esimies sekä vuorovastaava ja suunnitteluvastaava saivat erilliset työtilat toisesta organisaation toimipisteestä. Kotihoidon työntekijät saivat uuden työtilan entisen työhuoneen lisäksi myös toisesta toimipisteestä, mistä he aloittavat aina työvuoronsa. Kotihoidon työtilat kasvoivat puolella.

Viestintään liittyvät sisällöt. Kehittämispalavereissa läpikäytiin työyhteisön pelisääntöjä sekä harjoiteltiin dialogisen vuorovaikutuksen periaatteita. Kehittämisprosessin aikana tuli yhteistyökumppanin palaute asiakasraporttien sisällöstä, mitä on kuvattu luvussa 7.4. Raportointiin saatiin huomattava parannus.

Rakenteinen kirjaaminen ja asiakasnäkökulmasta kirjaaminen vaativat vielä uuden kehittämisyyklin. Kirjaamiskäytäntöjä käytiin läpi yhteisessä kehittämispalaverissa keväällä 2018.

7.3 Benchmarking-käynti

Kehittämisprosessin aikana syntyi ajatus benchmarking-käynnistä vastaavanlaiseen organisaatioon. Vertaisarvioinnin kohteeksi valikoitui Länsi-Suomessa sijaitseva organisaatio, joka toimii samantyyppisesti kuin nyt kehittämiskohteen organisaatio. Lisäksi valitussa vierailukohteessa kotihoitotoiminta on alkanut vuonna 1998 yhteistyössä kaupungin kanssa.

Vierailulle lähti itseni lisäksi kolme kotihoidon työntekijää. Vierailukohteeseen oli lähetetty etukäteen kysymykset sähköpostilla, mitä tutustumiskäynnillä haluttiin saada selville. Kysymykset liittyivät organisaation kotihoidon historiaan, työprosesseihin, työnkuviin, asiakkuuteen, henkilöstöön tavoitetyöaikaan ja työhyvinvointiin sekä tulevaisuuden kehittämistarpeisiin.

Käynnin jälkeen jokainen osallistuja arvioi käyntiä kahteen kysymykseen vastamalla. Benchmarking-käynnin perusteella kotihoitoon saatiin uusia kehittämisajatuksia. Käynnin myötä joidenkin jo meneillään olevien kehittämiskohteiden tärkeys painottui esim. kuukausiraportointi. Omassa kotihoidossa todettiin myös joidenkin omien asioiden tai käytänteiden olevan yhtä hyvin tai jopa paremmin verrattuna vierailukohteeseen kuten taulukossa 7 on kuvattu.

Taulukko 7. Työntekijöiden kehittämisideat ja vierailukäynnin reflektointi

Kehittämisideat	Yhtä hyvin tai paremmin
<ul style="list-style-type: none"> Etälääkäripalvelu teknologiaa hyödyntäen (Koti)saattohoitoon kouluttautuminen sekä lääkitysasioihin liittyvä koulutus 	<ul style="list-style-type: none"> Toimivampi toiminnanohjausjärjestelmä Palvelusetelit jo käytössä (kaupunki –palveluntuottaja) Töiden aikataulullinen organisointi

<ul style="list-style-type: none"> • Hoito- ja palvelusuunnitelmaprosessin kehittäminen • Kuukausiraportointi yhteistyökumppanin suuntaan (todettiin aikaa vieväksi ”aikasyöpöksi”) • Laskutettavien toimenpiteiden tarkempi määrittely • Äänieristetympi ja avarampi toimistotila • Työntekijän erityisosaamisen parempi huomioiminen • Työntekijöille oma tila/kohta viestin välittämiseen toimistossa • Kotihoitoon autojen hankkiminen • Laskutuksen selkiyttäminen varamalla sille selkeästi oma aika • Jalkahoitajan ajanvaraus kotihoidon työntekijän tekemänä = jalkahoitaja sovittuna päivänä kotihoidon käytössä 	<p>ja itse päätettävät lepotauot</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiakastietokannan tehokkaampi käyttö • Asiakasmäärät • Työntekijöillä (halukkailla) kokopäivätyö • Laskutus tarkempaa • Joidenkin palveluluiden hyvä tuoteistus esim. näytteenotossa • Ajan tasalla oleva laatujärjestelmä
---	---

7.4 Kirjaamisen ja raportoinnin tarkempi tarkastelu kalanruotokaaviolla

Kehittämisen prosessin aikana palvelusetelin myöntäjän taholta tuli palaute, että asiakaskohtaiset raportit eivät vastanneet yhteistyötahon toiveita ja vaatimuksia. Organisaation kaksi edustajaa ja kaupungin edustaja käsittelivät raportointiin liittyviä ongelmia. Raportointi perustui yhteistyötahon ohjeisiin, jotka nykytilanteessa olivat vanhentuneet. Raportoinnin ongelmiksi kuvattiin mm. sitä, että ne tulivat liian harvoin kuin kerran kuukaudessa. Palautteissa olisi pitänyt näkyä päivittäiskirjaukset. Lisäksi toivottiin kuvailevaa kirjausta toimintakyvystä, voinnista, mielialasta sekä mittauksista. Palvelusetelin myöntänyt taho ei kuitenkaan halunnut palautetta niistä yksittäisistä käynneistä, jotka asiakas ostaa kokonaan itse. Tavoitteena oli, että palveluseteliasiakkaasta raportoitaisiin viikoittain asiakaslähtöisesti. Organisaatiolta se edellyttää yhteistä ymmärrystä arvioivasta ja rakenteisesta kirjaamisesta.

Asiakasraportoinnin tilaa analysoimassa oli itseni lisäksi kaksi kotihoidon työntekijää. Menetelmänä hyödynnettiin kalanruotokaaviota (liite 3). Pääongelmaksi kirjattiin *Kotihoidon raportoinnin ongelmat yhteistyökumppanin suuntaan*. Pääharojen

käsitteet muodostettiin yhdessä, kun ongelmat oli saatu teemoiteltua viestilapuille kirjoitetuista havainnoista. Teemat muodostuivat seuraaviksi:

- tekniset resurssit (9 mainintaa)
- aikaresurssi (7)
- osaaminen, koulutus, motivaatio (6)
- havaintojen tekeminen asiakaskäynnillä (5)
- perehdytys (5)
- tietosuoja (4)
- laatuvaatimukset (3).

Kotihoidon esimies oli yhteydessä asiakastietojärjestelmän ohjelmistotoimittajaan. Ohjelmistotoimittaja kehitti annetun palautteen perusteella asiakastietokannan toimivuutta niin, että järjestelmästä saatiin palvelusetelin myöntäjän vaatimusten mukainen raportti kerran viikossa.

Ennen raportin kokoamiseen kului 40 tuntia kuukaudessa n. 30–40 asiakkaasta. Esimiehen esittämien asiakastietokantaan kohdistuvien kehittämisvaatimusten seurauksena raportointi kehittyi niin, että kahden viikon välein tapahtuva raportointi vie nyt neljä tuntia kuukaudessa samasta määrästä asiakkaita. Syynä on asiakastietokannan parempi toimivuus ja sen käytön parempi osaaminen. Tätä raportoinnilta jäänyttä aikaa on käytetty asiakaskäynteihin, mutta myös toiminnan kehittämiseen kuten työohjeiden laatimiseen ja päivittämiseen. Nopeutuneen raportoinnin seurauksena yhteistyökumppani on pyytänyt, että raportit toimitettaisiin harvemmin kuin kerran viikossa, mielellään 2–3 viikon välein.

Asiakaskirjausten sisältöön liittyen on maaliskuussa 2018 ollut koulutus, johon kotihoidosta osallistuttiin. Siitä on annettu palaute kotihoidon palaverissa. Kirjaamisen kehittäminen jatkuu vielä käsittäen koko kotihoidon henkilöstön uudessa spiraalimallin kehässä.

7.5 Prosessikuvaus, hinnoittelu ja tuotteistaminen

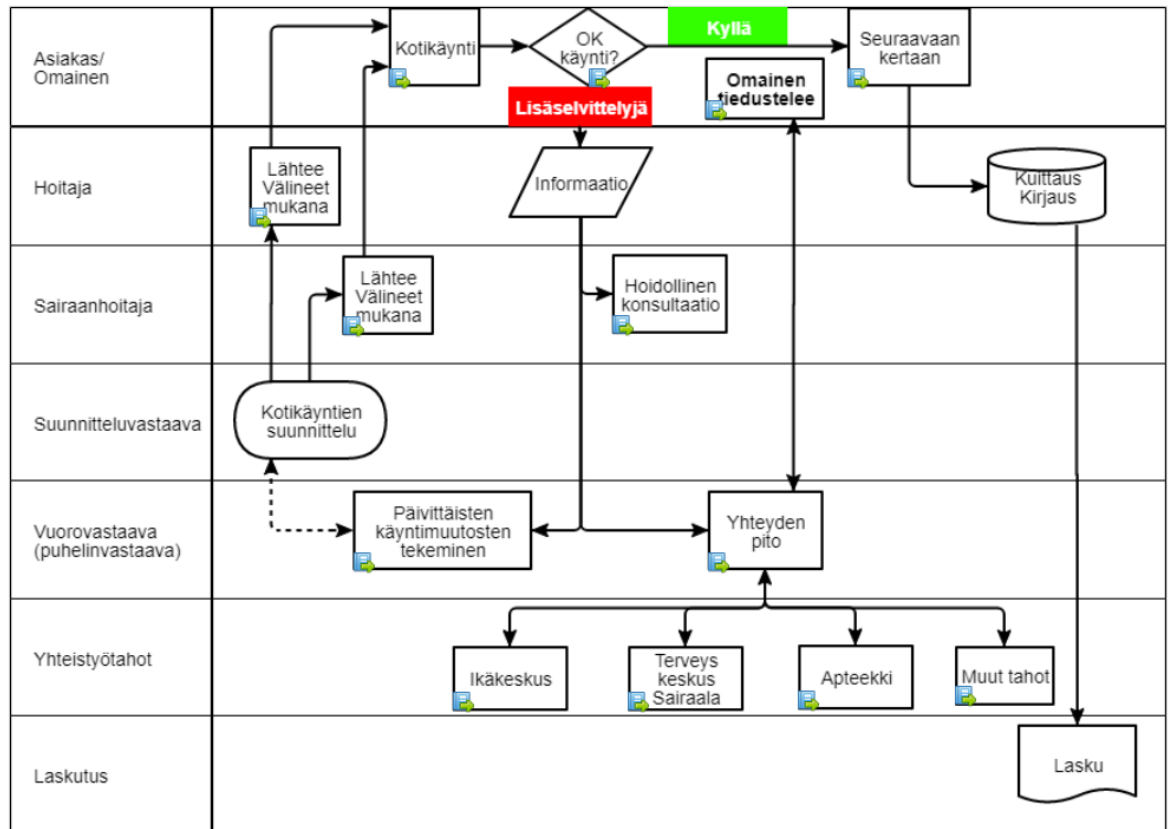
Tämän opinnäytetyön kolmas kehittämiskysymys liittyi kotihoidon prosessikuvauksen päivittämiseen, tuotteistamiseen ja markkinointiin. Näitä aiheita on jo käsitelty kertaalleen, mutta tarvitaan vielä uusi kehittämissykli. Alustavat vastaukset on saatu tähän kehittämistehtävän kolmanteen kehittämiskysymykseen.

Tehtävänkuvien päivittämisen jälkeen kotihoitoprosessin jokapäiväiseen toimintaan liittyvä prosessikuvaus päivitettiin (kuvio 3). Lisäksi työntekijöiltä on kerätty tietoa, millaisia tehtäviä ja toimenpiteitä he hoitavat kotikäynneillä. Tärkeimmistä toimenpiteistä on laadittu työohjeet, joita on aloitettu päivittämään sekä tallentamaan IMS-toimintajärjestelmään. Tämä prosessikuvaus on kuvaus siis päivittäisestä kotihoidon toteutuksesta. Esimies vastaa kotihoitopalveluiden liittyviin tiedusteluihin ja myymisestä. Tämä kotihoitoprosessin alun kuvaus on kuvattu organisaation toimintajärjestelmässä.

Tuotteistaminen, hinnoittelu, markkinointi. Myös palveluiden tuotteistaminen edistyi. Merkittävä uudistus tuli vuodenvaihteessa, kun 15 minuutin kotikäynnit muutettiin 30 minuutin käynneiksi. Työntekijät ovat olleet uudistukseen tyytyväisiä, sillä kiireen tuntu on vähentynyt selvästi ja asiakkaan kohtaaminen on voinut tapahtua rauhassa. Asiakkaan mielipide uudistuksesta on syytä kartoittaa seuraavassa vuosittain tapahtuvassa asiakaspalautekyselyssä.

Kotihoidon SWOT-nelikentässä mahdollisuutena nähtiin markkinoiminen ja myyminen. Marraskuussa 2017 kotihoidon palvelut jaettiin neljään eri luokkaan sen mukaan, minkä ammattiryhmän edustaja tekee työn asiakkaan kodissa. Kotihoidon palveluiden kuvaus esim. organisaation kotisivuille jatkuu tämän opinnäytetyön jälkeen.

Kotihoidon kehittämisprosessi ja sen tulokset on koottu kuvioon 4.



Kuvio 3. Kotihoitoprosessin päivittäisen toiminnan kuvaus.



Kuvio 4. Kotihoidon kehittämisprosessi ja tulokset

7.6 Työntekijöiden väliarviointia kehittämisprosessista

Kotihoidon kehittäminen alkoi, kun työntekijöiden käsityksiä kartoitettiin SWOT-nelikentällä. Kotihoitoprosessin kehittämiseksi oli tarvetta, mikä ilmeni erilaisista henkilöstöpalautteista, kotihoidon palaverien päättymisillä, suullisella palautteella kiireestä, haittatapahtumien raportointijärjestelmään kirjatusta ilmoituksista sekä työhyvinvointiin kohdistuneista palautteista. Kehittäminen tapahtui yhdessä johdon ja työntekijöiden kanssa.

Työntekijät osallistettiin kehittämiseen. Kaikille osallistujille varattiin kaksi tuntia aikaa palaveriin osallistumiseen kerralla. Se onnistui hyvällä ennakosuunnittelulla sekä sijaistyövoiman käytöllä, kun vakituinen henkilöstö oli kehittämistyössä.

Kehittämisen tulokset ovat olleet merkittäviä ja laajojakin asiakokonaisuuksia käsitteviä. Kaikki kehittämiseen osallistuneet (n=14) saivat maaliskuussa 2018 sähköpostilla alustavan arviointikyselyn, johon he saivat vastata. Tarkoitus oli saada tähän opinnäytetyöhön väliarviota, miten kehittämistoiminta on vaikuttanut työntekijöiden ja johdon mielestä. Kysymykset olivat:

- Millaisia muutoksia tai uudistuksia olet huomannut kotihoidon kehittämisessä tähän asti?
- Millaiset parannukset ovat olleet parasta tai tärkeimpiä oman työsi kannalta?
- Mitä uusia kehittämisasioita on tullut mieleesi, mistä voitaisiin jatkaa kehittämistä?
- Miten kehittäminen on vaikuttanut työmotivaatioosi ja/tai työhyvinvointiini?

Eräpäivään mennessä tuli 4 vastausta. Kotihoidon varsinainen arvioiminen jatkuu vielä tämän kehittämistehtävän raportoinnin jälkeen yhteisessä kokouksessa.

Kotihoidon työntekijöiden mielestä näkyvimmit ja samalla myös tärkeimmät muutokset oman työn kannalta liittyivät samoihin asioihin kuten työvälineistöön ja työtiloihin. Työvälineistä eniten kiitosta saivat henkilökohtaisten puhelimien hankinta sekä uudistukset, jotka ovat parantaneet viestintää huomattavasti. Kotihoidon koko puhelinliikenteen keskittyminen vuorovastaavalle koettiin selkeänä käytännön työ-

hön liittyvänä parannuksena. Myös yhteydenoton helpottuminen vuorovastaavan kanssa konsultaatiota vaativissa tilanteissa oli hyvä parannus.

Uudet työhuoneet ovat tuoneet rauhaa asiakasasioiden hoitamiseen, lääkkeenjakoon ja myös keskittyminen on parantunut. Kotihoidon lääkehoitoon liittyvät poikkeamat vaikuttavat vähentyneen vuoden takaiseen tilanteeseen, mutta tätä asiaa ei ole vielä analysoitu tarkemmin.

Vastoin ennakkoluuloa työhuoneiden siirtyminen toiseen toimipisteeseen ei ole tuonut ongelmia päivittäiseen työn johtamiseen, koska myös työntekijät kokoontuvat työvuoronsa aluksi samassa toimipisteessä. Vuorovastaava käy tapaamassa aamuvuoron aluksi työntekijöitä heidän omassa toimistossaan, mutta myös työntekijät osaavat tulla vuorovastaavan ja esimiehen työtiloihin. Viestinnässä käytetään paljon puhelinta ja asiakastietokannan viestiyhteyttä. Yhteydenpito puhelimitse on lisääntynyt konsultaatiota vaativissa tilanteissa. Muutosten myötä työntekijät ovat alkaneet itse hoitaa asioita loppuun asti aiempaa enemmän ja näin töiden delegoiminen on vähentynyt.

Yksi palautteen antaja on kokenut, että yhteistyö on parantunut johdon ja esimiehen kanssa, mikä on ilmennyt parantuneena tiedonkulkuna ja helpompana lähestymisenä. Myös johdon sitoutumista pidettiin näkyvämpänä. Työn- ja tehtäväkuvat ovat selkeytyneet. Tuotteistuksen myötä kotihoidon 15 minuutin käynnit jäivät pois ja minimikäyntiaika on nyt 30 minuuttia. Tämän muutoksen myötä työntekijä koki, että kirjaamisen asiakkaan voinnista ehtii tehdä nyt kotikäynnillä, eikä se jää enää rasittamaan mieltä seuraavalle kotikäynnille mentäessä. Kirjaamisen laatu on parantunut.

Myös uusia kehittämisen kohteita ehdotettiin. Asiakasnäkökulma haluttiin kotihoidon kehittämiseen mukaan. Tässä kehittämistyössä se rajattiin selkeästi pois, sillä kotihoidon perusta haluttiin saada ensin kuntoon, mutta asiakasnäkökulman huomiointi on ollut koko ajan taustalla jatkokehittämistä suunniteltaessa. Asiakkailta haluttaisiin kysyä mm. sitä, miten he ovat kokeneet tämän työntekijän näkökulmasta seitsemän kuukautta kestäneen kehittämisen tulokset. Lisäksi työntekijät toivoivat, että samojen asiakkaiden luokse voisi tehdä kotikäyntejä kolmena, neljänä päivänä peräkkäin, mikä edustaa jatkuvuutta sekä asiakkaan että työntekijän nä-

kökulmasta. Työntekijän kiinnostusta ja erityisosaamista saman tyyppisille asiakkaille voisi kehittää. Samantyyppiset asiakkaat voisi keskittää niille työntekijöille, joilla on mielenkiintoa tiettyntyyppisiin asiakkaisiin kuten mielenterveysongelmiin.

Jatkuvan kehittämisen mallin toivottiin myös jatkuvan. Ennen tätä kehittämisprojektia asioita oli kehitetty, mutta siitä oli jäänyt PDCA-syklin mukainen arviointi pois. Kehittämistoimintaa arvostettiin ja jatkuvan kehittämisen seurauksena voi syntyä myös varmuutta mieltä ja muuttaa käytäntöjä. Jatkossa kotihoidon palaverikäytäntöjä halutaan kehittää kuvaamalla, mitä ja milloin erilaisia palavereita on. Lisäksi esitettiin toivomus, että kotihoidon tavoitteet kerrotaisiin selkeämmin työn arkeen sovellettuna. Työntekijän kuntoilun tukea haluttiin vielä enemmän ja joustavasti esim. elektronisilla tyky-seteleillä kuntosalin jäsenyyden lunastamisessa.

Kehittämisprojektiin arviointiin osallistuneet työntekijät kokivat oman ja työtovereidensa työhyvinvoinnin lisääntyneen. Se näkyi mm. seuraavissa vastauksissa.

Ei valituksia ja narinaa kuten ennen. Se vaikuttaa omaankin työhyvinvointiin.

Hyvinvointiin paljonkin. Työrauhan merkitystä arvostan erittäin korkealle, kun työ todella hektistä.

Töihin on entistä mukavampi tulla.

Teemme kaikki työtä tiimissä ja yhteen hiileen puhaltaen. Kriisitilanteessa kaikki joustavat tarpeen mukaan.

8 POHDINTA

Käytännönläheisessä toimintatutkimuksessa Holterin ja Schwartz-Barcottin (1993) mukaan tutkija ja toimijat tunnistavat alusta asti yhdessä työssä ja toiminnassa esiintyviä ongelmia, niiden syitä ja etsivät ratkaisuja niihin. Dialogin avulla ongelmasta ja siihen vaikuttavista tekijöistä muodostuu yhteinen ymmärrys sekä yhteinen päätös tarvittavista interventioista muutoksen edistämiseksi. Prosessin aikana käytännön toimijat oppivat uusia asioita ja myös uudenlainen ymmärrys omasta työstä muodostuu. (Jantunen, Heikkilä ym. 2015, 52–53.)

Kotihoidon kehittäminen tapahtui tutkimuksellisen kehittämistoiminnan periaattein ja siinä oli piirteitä toimintatutkimuksesta aidossa sosiaalisessa kontekstissa. Eettisyyden pohdinta on keskeistä toimintatutkimuksessa. Toimintatutkimuksessa on vuorovaikutuksellinen ja reflektiivinen luonne, minkä vuoksi se koskettaa siihen osallistuneita ihmisiä. Tämän takia kehittämistoiminnassa pitää pohtia etiikkaa huolellisesti. O'Brian (1998) on nostanut esiin seuraavanlaisia periaatteita eettisyyden huomioimiseksi: laaja osallisuus, toimeksiannon etukäteishyväksyntä ja kollektiivinen päätöksentekoprosessi, osallistumisen ja osallistumattomuuden mahdollistaminen, havainnoinnin ja dokumentoinnin luvanvaraisuus, tulkintojen oikeutuksen varmistaminen osallisista, luottamuksellisuus, tutkijan avoimuus ja tietoisuus omista tarkoitusperistä. Anderson ja Herr (1999) ovat ehdottaneet, että toimintatutkimuksen kelpoisuutta voitaisiin arvioida hyödyntämällä kriteeristöä, joka koostuu seuraavista validiteeteista: dialoginen, tulos-, prosessi-, demokraattinen sekä katalyyttinen validiteetti. (Jantunen, Heikkilä ym. 2015, 52–53.)

Kotihoidon kehittämiselle saatiin lupa toiminnanjohtajalta. Organisaatiossa toivottiin kotihoidon kehittämisen tapahtuvan nopeasti. Kehittämistoimintaan kului aikaa hieman yli vuosi. Tänä aikana on spiraalimalliin liittyvä yksi kehä saatu läpikäytyä. Toimintatutkimuksen yhteydessä korostetaan kehittämisprosessin spiraalimaista rakennetta. Toikon & Rantasen (2009, 67) mukaan ensimmäinen kehä muodostaa vasta lähtökohdan kehittämiselle.

Kehittämisen tuloksena saatiin vastauksia kehittämiskysymyksiin. Kehittämisen tulokset näkyvät erilaisina parannuksina kotihoidon prosessissa. Yksi merkittävimmistä muutoksista liittyi aikaresurssiin, kun asiakastietokantaa saatiin kehitet-

tyä niin, että raportointiin kulunut 40 tuntia väheni neljään tuntiin kuukaudessa. Kehittämiskohteina oleviin ongelmiin saatiin ratkaisuja yhteistyössä ja yhteistoiminnallisesti.

Kehittämisen seurauksena syntyi selkeitä ratkaisuja kotihoidon toimintaan mm. työnkuvien, lääkinnällisten laitteiden ja välineiden sekä työtilojen osalta. Viestintään liittyvä kotihoidon kirjaaminen tarvitsee vielä uuden spiraalin. Kuten Turjaan, Hartikaisen ym. (2015) tutkimuksessa hoito- ja palvelusuunnitelmien sisällöstä kävi ilmi, kirjaukset tehdään työntekijälähtöisesti passiivimuotoon kirjattuina. Lääkehoidosta kuvataan enemmän sen toteutusta ja vähemmän arvioidaan lääkeshoidon vaikutuksia. Arvioiva kirjaaminen ja sen opettelu nousivat esiin kotihoidon raportoinnin kehittämispalaverissa, jossa hyödynnettiin kalanruotokaaviota. Kehittämiskohteet liittyvät havaintojen tekemiseen kotikäynnillä, kirjaamiskäytäntöjen kehittämiseen sisällöllisesti sekä kirjaamisen perehdytykseen. Kirjaamista vaivannut aikapula näyttää poistuneen, kun 15 minuutin kotikäynnit jäivät pois ja tilalle tulivat 30 minuutin kotikäynnit minimissään. Tässä ajassa työntekijä ehtii asiakkaan hoitamisen lisäksi tehdä kirjauksen.

Tässä kehittämistyössä eniten kehittämistä vaatineet kohteet valittiin yhteistoiminnallisesti. Työntekijät tekivät kotihoidon nykytilan analyysin SWOT-nelikentällä. Toimintatapa oli kotihoidossa uusi ja työntekijöitä osallistava. Loppelan (2004, 236-237) mukaan työyhteisön kehittämisen ja työkyvyn ylläpitämisen keskeiset elementit ovat vaikutusmahdollisuudet omaan työhön sekä vastuun saaminen ja uuden oppiminen. Omaan työhön vaikuttaminen toteutui, kun työntekijät saivat tuoda kehitettävät asiat avoimesti esille. Kehittämisyhdymissä jokainen osallistuja sai dialogisuuden periaatteiden mukaan tilan puhumiselle ja toisille se merkitsi sillä hetkellä kuuntelemista. Kehittämisen aikana esitetyt reflektiot kehittämisprosessista kirjattiin ylös. Myös ongelmat sekä niihin liittyvät korjausehdotukset kirjattiin systemaattisesti ja tarkasti. Kehittämisen näkökulmasta tämä oli osallistavaa johtamista, mutta myös työntekijöiden työn rikastamista, kun vastuualueita saatiin jaettua ja työnkuvia laajennettua, mikä lisää työnteon mielekkyyttä (Loppela 2004, 237).

Kehittämisessä on pyritty vaikuttamaan myös organisaation johtamiskulttuuriin perehtymällä ja soveltamalla dialogisen johtamisen periaatteita. Tähän päädyttiin henkilöstöltä tulleen palautteen vuoksi. Työntekijöiden alustavien arviointien perus-

tella kotihoitoon liittyvät uudistukset ovat parantaneet työn tekemisen edellytyksiä, mutta myös henkilöstön välistä vuorovaikutusta. Johtamiskulttuuriin liittyvää muutosta voi ilmentää myös se, että johtoryhmä päätti aloittaa organisaation tehostetun palveluasumisen kartoituksen SWOT-nelikentällä. Kehittäminen etenee mahdollisesti samaan tapaan kuin tässä kehittämistyössä.

Kehittämisen aikana oli selvästi havaittavissa samanlaisia ryhmätoiminnan vaiheita kuten Päivi Sanerman (2009) tutkimuksessa. Tiimityö eteni odotuksen, sekasorron, järjestäytymisen vaiheiden kautta jäsentyneeseen työskentelyyn. Sanerman tutkimukseen todeten tällaiset vaiheet ovat tyypillisiä. Erilaisten vaiheiden läpikäyminen kuvaa samalla dialogisuuden oppimista, luottamusta, avoimuuden lisääntymistä, yhteistä keskustelua ja kuuntelua (Syvänen ym. 2015, 308). Loppelan (2004) mukaan yhteisen keskustelun lisääntyminen ja avoimuuden oppiminen työyhteisön erilaisissa vuorovaikutustilanteissa vaikuttavat positiivisesti kehittämistavoitteiden saavuttamisessa. Lisäksi dialogisuuden oppimisen ja toteuttamisen lisäksi reflektiiviset kehittämispalaverit on koettu lisäävään sitoutumista, työhyvinvointia ja työmotivaatiota. (Loppela 2014, 275.) Dialogista kehittämistä edistäviä tekijöitä ovat mm. hyvä vuorovaikutus eri osallistujien kesken sekä sujuva ja avoin tiedonkulku. (Syvänen ym. 2015, 192).

Dialogisuuden periaatteet on esitelty osallistujille. Työntekijöiden oma puheenvuoro kehittämispalaverien alussa oli askel eteenpäin keskinäisessä kuulemisessa. Jos tälle ei anneta tiimipalavereissa erikseen tilaa, niin herkästi hiljaisimmat vaikeavat ja itseään hyvin ilmaisevat saavat näkemyksensä helpommin julki. Viimeisimmässä kehittämispalaverissa sain todeta, että vuorovaikutus oli niin vilkasta ja itseohjautuvaa, että toiminnan kehittäjänä seurasin vuorovaikutusta tyytyväisenä sivusta.

Sosiaalipalvelujen ja erityisesti kotihoidon kehittymisen historia oli hyvä hahmottaa kehittämistehtävän teoriakatsauksessa: miksi yksityisen palveluntuottajan tilanne on sellainen kuin se nyt on ja miten tähän on päädytty. Yhdistyksenä toimivan organisaation historia liittyy aatteelliseen hyvän tekemiseen ja se on ollut kiinteä yhteistyökumppani esimerkiksi kaupungin kanssa. Yhdistyksen mahdollisuus saada erilaisia avustuksia on hyödyttänyt kaupunkia ja toisaalta kaupunki on myöntänyt yleisavustuksen esim. vanhusten hoitoon. Tämä toimintatapa on päättynyt, kun

erilaiset palvelut ovat joutuneet kilpailutuksen kohteiksi. Yhdistysten ja muiden pienten yritysten pitää toimia markkinalähtöisesti. Lisäksi sosiaali- ja terveystaloudelliset uudistukset eli sote korostaa yksilön valinnanvapautta mutta myös asiakkaan vastuunottoa omasta itsestään asiakassetelin myötä. Tulevaisuuden vanhusten hoito tulee tapahtumaan entistä enemmän omissa kodeissa erilaisten tukitoimien ja digitaalisten välineiden avulla.

Kotihoidon työntekijöistä saattaa tulla pula. Tuleva sote-uudistus perustuu osaltaan iäkkäiden asumiseen omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Kotihoidon kehittämiseksi on edelleen tarvetta, sillä työntekijöiden jaksamisesta, työviihtyvyydestä ja prosessien sujuvuudesta pitää huolehtia. Erkkilän (2018, 33–34) selvityksen mukaan kotihoidon työntekijöiden tyytymättömyys kotihoidon laatuun ja siten myös kotihoidossa työskentelyyn oli huomattavan suurta. Se ilmeni henkilöstöresurssien ja asiakkaiden tarpeiden kohtaamattomuutena. Aikapula, henkinen ja fyysinen kuormittuminen sekä asiakkaiden väliseen siirtymiseen liittyvää aikaa varattiin liian vähän tai ei lainkaan. Toiminnanohjausjärjestelmät ja optimoinnit ovat voineet huonontaa työn organisointia entisestään.

Asiakkaan näkökulma on tässä kehittämistyössä ollut vain välillisesti esillä, eikä asiakkaiden mielipiteitä ole systemaattisesti kartoitettu. Kotihoidon asiakkaat ovat Backmanin (2001) mukaan jaettavissa neljään erilaiseen tyyppiin, joita ovat itsestä vastuullisesti huolta pitävät, ulkoapäin tuleviin ohjeisiin turvautuvat, omapäiset ja luovuttajat. Palvelumuotoilu ja asiakaslähtöisyys ovat seuraavia mielenkiinnon ja kehittämisen kohteita. Yksi näkökulma on myös se, miten asiakas kokee, kun sairastumisen, voimien heikentymisen tai muun vastaavan syyn takia hän joutuu aloittamaan kotihoidon palveluiden käytön. Kysymys liittyy myös asiakkaan oma-toimisuuden ja itsenäisyyden vähenemiseen sekä siten myös itsemääräämisoikeuteen.

Alustavan arvioinnin ja havaintojen perusteella kotihoitohenkilöstön keskuudessa vallitseva tunnelma on paljon positiivisempi verrattuna tilanteeseen, kun kehittäminen alkoi. Työntekijöiden väliarvioinnin mukaan myös heidän työtyytyväisyytensä on parantunut. Kehittämistoiminnassa olen pyrkinyt käyttämään kehittämismenetelmiä ja tutkimusmenetelmiä luotettavasti ja kattavasti.

Tämä kotihoidon kehittämisprosessi on ollut mielenkiintoinen ja opettavainen kokemus. Dialogisen johtamisen periaatteisiin kannattaa perehtyä vielä syvällisemmin, sillä yhteistoiminnallinen kehittäminen on ollut antoisaa. Kotihoidon myynti kasvoi myös kehittämisvuoden aikana 110 000 euroa. Tämän kehittämistoiminnan tulokset, jotka syntyivät yhdessä työntekijöiden ja johdon edustajien kanssa, olivat merkittäviä organisaation kotihoidon paremman toiminnan sujuvuuden ja laadun kannalta.

LÄHTEET

- A 5.4.2017/745. Asetus lääkinnällisistä laitteista, direktiivin 2001/83/EY, asetuksen (EY) N:o 178/2002 ja asetuksen (EY) N:o 1223/2009 muuttamisesta sekä neuvoston direktiivien 90/385/ETY ja 93/42/ETY kumoamisesta. [Viitattu 4.4.2018]. Saatavana: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=CELEX%3A32017R0745>
- Ahonen, T. 2017. Palvelumuotoilu sotessa: palvelumuotoilun käsikirja sosiaali- ja terveysalan palvelujen kehittämiseen. 2. p. Espoo: Tarja Ahonen.
- Akimo, M. 2018. Kotihoito pääasiassa kuntien vastuulla. Ilkka 29.1.2018
- Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. 3. uud. p. Tampere: Vastapaino.
- Antila, M. 2012. Kehittämispääoman synty ja rakentuminen strategisessa palvelujen laadunkehittämistyössä: Case-tutkimus tamperelaisten hyvinvointipalvelujärjestöjen verkostomaisesta laadunkehittämistyöstä. [Verkkojulkaisu]. Tampere: Tampereen yliopisto. Acta Electronica Universitatis Tampereensis 1182. Väitösk. [Viitattu 7.4.2018]. Saatavana: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66877/978-951-44-8752-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Backman, K. 2001. Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito. [Verkkojulkaisu] Oulu: Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis. D. Medica. 624. Väitösk. [Viitattu 28.3.2017]. Saatavana: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514259033.pdf>
- Engeström, Y., Niemelä, A.-L., Nummijoki, J., Nyman, J. 2009. Kotihoito murroksessa. Teoksessa Y. Engeström, A.-L. Niemelä, J. Nummijoki, J. Nyman (toim.) Lupaava kotihoito: uusia toimintatapoja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, 11–24.
- Engeström, Y., Niemelä, A.-L., Nummijoki, J., Nyman, J. 2009. Kohti yhteistoiminnallista kotihoitoa. Teoksessa Y. Engeström, A.-L. Niemelä, J. Nummijoki, J. Nyman (toim.) Lupaava kotihoito: uusia toimintatapoja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, 271–278.
- Erkkilä, S. 2018 ”Jos tää meno jatkuu, meidän sydämet särkyvät”: selvitys työstä kotihoidossa ja kotihoitotyön kehittämisestä 2018. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: SuPer. [Viitattu 7.4.2018]. Saatavana: https://www.superliitto.fi/site/assets/files/94895/kotihoidon_selvitys_super_2018.pdf

- Hartman, S. 2012. Sosiaalipalvelut. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö. [Viitattu 18.9.2017]. Saatavana: http://www.temtoimialapalvelu.fi/files/2163/Sosiaalipalvelut_marraskuu_2012.pdf
- Heikkinen, H. L. T. 2008. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa H. L. T. Heikkinen, E. Rovio, E. Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon: toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 16–38.
- Heikkinen, H. L. T., Kontinen, T., Häkkinen, P. 2008. Teoksessa H. L. T. Heikkinen, E. Rovio, E., Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon: toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 39–76.
- Heinola, R. 2007. Erilaiset asiakkaat. Teoksessa Heinola, R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito: opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2013. [Verkkojulkaisu]. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. [Viitattu 8.4.2018]. Saatavana: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Ikonen, E. 2015. Kehittyvä kotihoito. 4. uud. p. Helsinki: Edita.
- Jantunen, S., Heikkilä, J., Suomi, A., Kurki, A-L., Naaranoja, M., Piippo, J., Sanke-lo, M., Tuomivaara, S. & Valtanen, E. 2015. Toimintatutkimuksen tulokulmat Osuva-tutkimushankkeessa. Teoksessa: J. Saarisilta & J. Heikkilä (toim.) Yhdessä innovoimaan –osallistuva innovaatiotoiminta ja sen johtaminen sosiaali- ja terveysalan muutoksessa. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Raportti, Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 4/2015, 54–55.
- Juuti, P. 2015. Johtaminen ja työyhteisön hyvinvointi. 5. uud. p. Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Kettunen, R, 2010. Sosiaalipalvelut. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: TEM. Toimialaraportti 11/2010 [Viitattu 6.2.2018]. Saatavana: <http://docplayer.fi/2127827-Sosiaalipalvelut-toimialaraportti-riitta-kettunen-11-2010-tem-n-ja-ely-keskusten-julkaisu.html>
- Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2016. 25.9.2017. [Verkkosivu]. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 6.3.2018]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201706026978>
- Kotihoito 2020: 10 askeleen ohjelma kotihoitoon. Ei päiväystä. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Nordic Healthcare Group. [Viitattu 8.2.2018]. Saatavana: http://www.nhg.fi/wp-content/uploads/2014/06/2014_03_25_Kotihoito_2020_-_10_askeleen_ohjelma_kotihoitoon.pdf

Kuntaliitto. 26.1.2017. Sosiaali- ja terveydenhuolto. Palveluiden järjestäminen ja tuottaminen. [Verkkosivu]. Helsinki: Kuntaliitto. [Viitattu 6.3.2018]. Saatavana: <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/palveluiden-jarjestaminen-ja-tuottaminen>

Laamanen, K. 2005. Johda suorituskkyä tiedon avulla: Ilmiöstä tulkintaan. Helsinki: Suomen laatukeskus.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019. 2017. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. [Viitattu 29.1.2018]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3960-8>

Learning café eli oppimiskahvila 3.2.2017. Innokylä. [Verkkosivu.] [Viitattu 5.2.2018]. Saatavana: <https://www.innokyla.fi/web/malli2825539>

Lehtimäki, P. 2017. Kotihoito karsii asiakkaitaan Seinäjoella. Ilkka 17.2.2017, 12.

Loppela, K. 2014. Työyhteisön dialoginen kehittäminen ja johtaminen innovatiivisuuden ja työhyvinvoinnin tekijöinä. Teoksessa: A. Viljamaa, S. Päällysaho & R. Lauhanen (toim.) Opetuksen ja tutkimuksen näkökulmia: Seinäjoen ammattikorkeakoulu 2014. Seinäjoki: Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja. A. Tutkimuksia 17, 271–284.

Loppela, K. 2004. Ihminen ja työ - keskustellen työkuuntoon: Työyhteisön kehittäminen työkykyä ylläpitävän toiminnan viitekehyksessä. Tampere: Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis. 1003. Väitösk.

Miettinen, S. 2000. Itsensä johtamisen kulmakiviä työyhteisössä. Teoksessa: S. Miettinen, I. Nousiainen, M. Miettinen & L. Kuokkanen. Itsensä johtaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: WSOY, 48–66.

Orrenmaa, A. 2014. Purosta virraksi. Kivipuron elämää 1964–2014. Seinäjoki: Kivipuro ry.

Outinen, M., Lempinen, K., Holma, T. Haverinen, R. 1999. Seitsemän laatupolkua: Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. [Verkkajulkaisu] Helsinki; [Turku]: Suomen kuntaliitto: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus; Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus. [Viitattu 20.2.2018] Saatavana: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76128/p070116095759T.pdf?sequence=1>

Paljärvi, S. 2012. Muuttuva kotihoito: 15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertation in social Sciences and Business Studies. 39. Väitösk.

- Palveluseteli. 2017. [Verkkosivu]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 19.2.2017]. Saatavana: <http://stm.fi/palveluseteli>
- Sanerma, P. 2009. Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla: toimintatutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä. Tampere: Tampere University Press. Acta Universitatis Tampensis. 1458. Väitösk.
- Seinäjoen kaupungin kotihoidon myöntämisen perusteet ja soveltamisohjeet 1.1.2017 alkaen. [Verkkojulkaisu]. Seinäjoki: Seinäjoki kaupunki. [Viitattu 7.2.2018]. Saatavana: https://www.seinajoki.fi/material/attachments/seinajokifi/sosiaalijaterveys/ikaant_yvienpalvelut/omaishoidontuki/mZGSrfUV9/Kotihoidon_kriteerit_2017.pdf
- Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2017. 2018. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Terveystilastokeskus. [Viitattu 6.3.2018]. Saatavana: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135959/URN_ISBN_978-952-302-970-5.pdf?sequence=1
- Sote ja vanhuspalvelut. 24.7.2017. [Verkkosivu]. Helsinki: Terveystilastokeskus. [Viitattu 6.3.2018]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/toimivat-vanhuspalvelut/sote-ja-vanhuspalvelut>
- Sote-uudistus. Ajankohtaista 9.3.2018. [Verkkosivu] Helsinki: Terveystilastokeskus. [Viitattu 4.4.2018]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/ajankohtaista>
- Syvänen, S., Tikkamäki, K., Loppela, K., Tappura, S., Kasvio, A. & Toikko, T. 2015. Dialoginen johtaminen: Avain tuloksellisuuteen, työelämän laatuun ja innovatiivisuuteen. Tampere: Tampere University Press.
- Säännöllisen kotihoidon piirissä olleet 30.11. [Verkkosivu]. Helsinki: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2012-2017. [Viitattu 1.2.2018]. Saatavana: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s3YLtzbSMwQA®ion=szYtAgA=&year=sy6rsDbV0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201709141202>
- Säännöllisen kotihoidon piirissä 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 30.11. [Verkkosivu]. Helsinki: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2012-2017. [Viitattu 1.2.2018]. Saatavana: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko?indicator=s3bziDcytNY1ijc2BAA=®ion=szYtAgA=&year=sy6rsDbV0zUEAA==&gender=t>
- Tavoitteena yhdenvertaiset, hyvin koordinoitujen ja kustannusten kasvua hillitsevät palvelut. 2017. [Verkkosivu]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 16.2.2017]. Saatavana: <http://stm.fi/koti-ja-omaishoito/kuvas>

- Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopio: Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisuja. E. Yhteiskuntatieteet. 171. Väitösk.
- Tietoa hankkeesta. Ei päiväystä. [Verkkosivusto]. Työn ilolla tuottavuutta ja kilpailukykyä -hanke. [Viitattu 5.3.2018]. Saatavana: <http://www.tyonilollatuottavuutta.net/uusi-sivu>
- Toikko, T. 2012. Sosiaalipalveluiden kehityssuunnat. Tampere: Tampere University Press.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampere University Press.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 7. uud. p. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Turjamaa, R., Hartikainen, S., Kangasniemi, M. & Pietilä, A-M. 2015. Is it time for a comprehensive approach on older home care clients' care planning in Finland? [Verkkolehtiartikkeli]. Scandinavian Journal of Caring Sciences 29 (2), 317–324. [Viitattu 4.4.2017]. Saatavana Cinahl with full text tietokannasta. Vaatii kirjautumisen.
- Vadelius, E. 2015. Paradoxernas marknad: En studie om företagande i hemtjänsten. [Verkkojulkaisu]. Karlstad: Karlstads universitet. Institutionen för sociala och psykologiska studier. Doktorsavhandling. [Viitattu 8.4.2018]. Saatavana: http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?dswid=-2574&pid=diva2%3A844027&c=1&searchType=SIMPLE&language=en&query=Paradoxernas+marknad&af=%5B%5D&aq=%5B%5B%5D%5D&aq2=%5B%5B%5D%5D&aqe=%5B%5D&noOfRows=50&sortOrder=author_sort_asc&sortOrder2=title_sort_asc&onlyFullText=false&sf=all
- Valinnanvapaus 2017. [Verkkosivusto]. Helsinki: Valtioneuvosto. [Viitattu 16.2.2017]. Saatavana: <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/asiakkaan-valinnanvapaus>

LIITTEET

Liite 1. Kehittämistyössä käytetty ja syntynyt aineisto

Liite 2. SWOT

Liite 3. Asiakasraportointiin liittyvät ongelmat kalanruotokaaviossa

LIITE 1 Kehittämistyössä käytetty ja syntynyt aineisto

Aineisto	Lukumäärä	Ajan- kohta	Osallistujien lukumäärä	Huomiot	Menetelmä
Kotihoidon muistiot - Kotihoidon palaverit - Tiiminvetäjien palaveri - Tammitiimin palaveri - Kaupunkitiimin palaveri - Siivouspalaveri	- 6 - 3 - 1 - 2 - 1 YHT. 13	Tarkastelu- ajankohtana vuoden 2016 muistiot	- ka 9,3 - ka 3,3 - 3 - ka 4,5 - 3	Kotihoidon ensimmäinen palaveri pidetty 2.2.2016 kuukausittain jatkuen säännöllisesti 26.8. asti.	Luokittelu (kvantitatiivinen analyysi sisällön teemoin)
- SWOT - Mikä asioita pitää kotihoidossa kehittää - Mitkä asiat ovat kotihoidossa hyvin		maaliskuu 2017	8, joista kuusi on ollut organisaatiossa töissä 1-5 vuotta ja 2 yli 10 vuotta	SWOT, mainintojen lkm - Vahvuudet, 15 - Heikkoudet, 15 - Mahdollisuudet, 11 - Uhat, 9 - Hyvin olevat asiat, 7 - Kehittäviä kohteita, 15 SWOT:n tuloksista kehittämisen kohteet	Sisällön analyysi; induktiivinen lähestymistapa *) Oppimiskahvila
Prosessikuvaukseen, mitä työvaiheita on		2.5.2017	- 8	Mitä tehtäviä on kotihoitoprosessissa	Kirjaus liimalla- lapuille aika- järjestykseen; siirto toiminnanohjausjärjestelmään
Ohjausryhmä	4 kokoontumista	16.8., 7.9., 18.10., 21.11.	- 3		
Kehittämisryhmä	5 kokoontumista	30.8., 20.9., 29.9., 24.10., 21.11.	- 11+12+9+12+ - 11 = 55 - (ka 11)	Kehittämisryhmän kehitysvaiheiden kuvausta	*)Työntekijät ja johto yhdessä valitset SWOT:n tulosten perusteella kehitettäviä kohteita oppimiskahvilassa
Mobiilityöryhmä		syksy 2017	- 2	Pieni työryhmä kehittää ratkaisuja.	
Benchmarking käynti		9.11.	- 4	Palaute	Teemoittelu
MediaTeam Tuotteistustiimi		14.11. 14.11.	- 5 - 3	Pienemmät työryhmät ideoivat ratkaisuja.	Alustavaa kuvausta kotihoidon palvelutuotteista, myös kotisivuille
Kirjaamisen kehittäminen		29.11.2017 13.3.2018	- 3 - 8	Raportoinnin kehittäminen Kirjaamisen kehittäminen	Kalanruotokaa- viossa teemoittelu

LIITE 2. SWOT

Kotihoidon vahvuudet

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka	
Ammattitaitoinen henkilökunta (2)	Ammattitaitoinen henkilökunta	Osaaminen	Osaava ja joustava henkilökunta	HENKILÖSTÖÖN LIITTYVÄT VAHVUUDET	
Kehittymismyönteisyys (5)	Kehittymismyönteisyys				
Opiskelun mahdollisuudet (13)	Opiskeleminen	Ammatillinen kehittyminen			
Pystytään työskentelemään laadullisesti paineen alla (6)	Laadukas työskentelytapa paineessa	Paineensietokyky			
Muuntautumiskyky (1)	Muuntautumiskyky	Joustavuus			
Hyvä ryhmähenki (3)	Ryhmähenki	Luottamus	Henkilökunnan kokemus ilmapiiri		
Tasa-arvoinen kaikkien kanssa (työntekijä, uudet + vanhat); uskaltaa ehdottaa Hyvä ryhmähenki työntekijöillä (14)	Työntekijöiden välinen tasa-arvoisuus ja ryhmähenki				
Ystävälliset ja asiakasorientoituneet työntekijät (7)	Asiakaslähtöisyys	Ihmisen kunnioittaminen	Henkilökunnan mainitsevat arvot		
Yritteliäisyys ja yrittäjähenkisyys (11)	Yritteliäisyys ja yrittäjähenkisyys	Toiminnan perusta			
Organisaatio on tunnettu (4)	Organisaation tunnettavuus	Imago	Maine		ORGANISAATION MAINE
Luotettavuus toiminnassa (pyritään hoitamaan asiat hyvin) (12)	Toiminnan luotettavuus				
Paikallisuus ja pitkä perinteet (9)	Paikallisuus ja historia	Perinteet			
Iso yksikkö takana Organisaatiolla, taustatuen ja konsultointiavun saaminen on mahdollista (8)	Organisaatiossa oleva osaaminen	Moniosaaminen			
Voidaan kevyesti aloittaa tarjoamalla siivouspalveluita ja siitä sitten pikkuhiljaa tarjota enemmän palveluita; jalkahoitoa, aterioita, asumispalvelua	Asiakaskysyntään vastaaminen monipuolisilla palveluilla	Olemassa olevien palveluiden myyminen	Markkinoiminen ja myyminen	PALVELUJEN MYYMINEN	

ja lopulta tehostet- tua palveluasumis- ta (10)				
---	--	--	--	--

Kotihoidon heikkoudet

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Tiedonkulku (2)	Tiedonkulku	Päivittäisviestintä	Työn suunnitteluun ja toteutukseen liittyvä vuorovaikutus	KOTIHOITOPROSESSIN SUJUVUUTEEN VAIKUTTAVA VIESTINTÄ
Tiedonkulku myös työntekijöiltä suunnitteluun! → tarkkuutta (11)	Tiedottaminen työntekijöiltä suunnittelijalle			
Päidin päivitys... ei ole ajantasalla asiakkaiden tiedot (5)	Vanhat tiedot asiakastietokannassa	Kirjaamisen (huono) laatu asiakastietokannassa		
Riittämättömät kirjaukset Domassa (13)	Asiakaskirjausten riittämättömyys			
Ensimmäisen kerran, uuden asiakkaan kattavat kirjaukset tulisi toteuttaa (14)	Uuden asiakkaan tietojen kirjaaminen riittävästi	Kirjauksen laatu asiakkuuden alkaessa		
Aamurapsa olis jees! (6)	Toive aamuraportista	Kehittämisehdotus tiedottamisesta		
Työntekijöiden vaihtuvuus (7)	Työntekijöiden vaihtuvuus	Rekrytointi	Rekrytointiprosessi	HENKILÖSTÖPOLIITIIKKA JA PÄIVITÄISJOHTAMINEN
Uusien työntekijöiden perehdytys (vois olla esim. 5 päivää) (3)	Työntekijöiden perehdytys	Perehdytysprosessi		
Tämänhetkinen tilanne vaatisi lisää työvoimaa, jotta voitaisiin tehdä heti uusien asiakkaiden palvelusopimukset ja potilastietojen kirjaukset/luomiset (nyt tehdään ylitöinä -> kauanko näin jaksaa) (8)	Välitön työvoiman tarve, jotta asiakaskirjaukset saadaan laadittua	Aikaresurssin puute työtehtävän suorittamisessa	Työn suunnittelu	
Koulutukset (onko ammattitaito ajantasaista?) (1)	Ammattiosaamisen ajantasaisuus	Ammattitaito	Osaaminen	
Hoitovälineistö ei ole ajan tasalla -> ei toimi mm. mittarit (hb ja CRP) + haavanhoitovälineet (?) (9)	Toimimattomat hoitovälineet	Tehtäväkuvien selkeys	Työn- ja tehtävänkuvat	TOIMINTATAVAT
Kaikki eivät tasa-arvoisesti tartu ongelmakohtiin -> kuorma kasaantuu; tiedonpuute/ rohkeutta / vastuun-	Osa henkilöstöstä välttelee ongelmiin tarttumista	Työnkuvien selkeys		

kantaa? (10)				
Työilmapiiri ylempien kanssa, ymmärtävyys (4)	Työilmapiiri esimiesten kanssa	Vuorovaikutus organisaatiossa	Henkilöstön kokemus työilmapiiri	TYÖHYVINVOINTI
Ilmapiiri yleisesti aika hyvä, mutta "selän takaa" kuuluu välillä. Rohkeus myös muilla työkaluilla puuttua suoraan asiaan, jos jossain "möhötään". (12)	Selän takana puhumiseen puuttuminen	Vuorovaikutus hankalassa tilanteessa.		
Siivouspaikat; asiakkaat usein ehdottaa, että siistijällä olisi itsellään mukana tuotteet/välineet. Tätä asiaa olisi hyvä painottaa palvelua myytäessä. (15)	Asiakkaan toiveena on, että siivousvälineet olisivat palveluntuottajalta.	Sopimus asiakkaan ja palveluntuottajan välillä	Palvelun ostajan velvollisuudet	TIEDOTTAMINEN ASIAKKAAN SUUNTAAN

Kotihoidon mahdollisuudet

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Seinäjäki on kasva- va kaupunki → asukkaita lisää → myös iäkkäitä *muut ikäryhmät? *ennaltaehkäisy (7)	Asiakaskunnan kasvaminen sekä sen laajentaminen	Potentiaaliset asiakkaat	Markkinointi ja myynti	ASIAKKAAN TAR- PEISIIN VASTAA- MINEN
Hissittömiä taloja on Seinäjoella todella runsaasti → palvelut on siis vietävä kotiin (10)	Palvelujen viemi- nen kotiin hissit- tömyyden/ esteettömyyden puutteen takia			
Keskeinen paikka → hyvä lähteä kentälle (5)	Hyvä sijainti	Palvelun saavutet- tavuus		
Tunnettavuus - monet tietävät Organisaation (6)	Organisaation tunnettuus	Maine		
Hoidon hinnoitte- lun tarkistaminen mm. kotisairaan- hoidon osalta esim. haavanhoitopaketit (3)	Kotisairaanhoito- tuotteiden hinnoit- telun tarkistami- nen	Tuotteistaminen		
Erikoistuminen enemmän ja niiden palvelujen markki- noiminen: parturi, psykologi, ham- mashoito (8)	Monipuolisempiin palveluihin erikois- tuminen sekä niistä tiedottami- nen	Osaamisen laajen- taminen ja sen markkinointi		
Mainonnan tehos- taminen entises- tään, jalkautumi- nen (sosiaalinen media) → palvelut tutuiksi (4)	Mainonnan moni- puolistaminen	Markkinointi		
Hyvä palvelun laatu → asiakkaat pysyvät eivätkä vaihdakaan palvelun- tuottajaa (11)	Kun palvelun laatu on hyvä, niin asiak- kaat pysyvät palve- luntuottajalla	Kestävät asiakas- suhteet ja asiak- kuudet		
Työntekijät moni- osaajia (1)	Monitaitoiset työn- tekijät	Osaaminen	Osaamisen hyö- dyntäminen	HENKILÖSTÖN OSAAMINEN JA JOHTAMINEN
Erityisosaamisen käyttö (9)	Erityisosaamisen hyödyntäminen			
Enemmän henkilö- kuntaresursseja, jotta voidaan ottaa kaikki potentiaali- set uudet asiakkaat 2	Työntekijöiden rekrytoiminen, jotta uudet mah- dolliset asiakkuu- det voivat alkaa	Rekrytoiminen	Henkilöstö- politiikka	

Kotihoidon uhat

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Kiireessä työntekijöiden jaksaminen. Työvuorolistat järkevämät... (3)	Työntekijöiden jaksamisen. Järkevä työvuorosuunnittelu	Päivittäisjohtaminen	Esimiestyö	HENKILÖSTÖJOHTAMINEN
Ennakoimattomuus (pitäisi ennakoida enemmän tulevia jo tiedossa olevia tilanteita) (6)	Ennakointi suunnittelussa			
Kun yksin kuljetaan nähdään helposti vain "oma osuus" -> monipuolisen ajattelutavan puute on uhka. (8)	Työntekijäkeskeinen, yksipuoleinen ajattelutapa	Työn organisoiminen työntekijä- vai tiimilähtöiseksi		
Kiire! (1)	Kiire	Aikapaine	Työkuormitus	
Hyvistä sijaisista pitäisi pitää kiinni ja kouluttaa myös heitä. (2)	Hyvien määräämisen ja kaistatyöntekijöiden työsuhteen jatkuminen ja heidän kouluttaminen	Työsuhte	Henkilöstöpolitiikka	
Hoitolaitteisto ei toimi. (4)	Toimimattomat hoitolaitteet	Välineet, laitteet	Menettelytavat sekä työn- ja tehtävänkuvat	PROSESSIN SUJUVUUTEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT
Hoitaako jokainen työntekijä asiat loppuun asti ja miten tämä varmistetaan -> luotavuus. (9)	Epäily, tekekö jokainen työntekijä asiat loppuun	Vastuun jakautuminen		
Ensimmäiseen käyntiin satsattava kunnolla -> ensivaikutelma! (5)	Ensimmäisen (koti)käynnin merkitys	Palvelutuotteen sisällön kuvaus	Tuotteistaminen	ASIAKKUUDEN HOITAMINEN
Asiakkailla ei ole varaa maksaa palveluista niin paljon kuin pitää. (7)	Asiakkaiden maksukyvyttömyys	Palvelun hinnoittelu		

LIITE 3. Asiakasraportointiin liittyvät ongelmat kalanruotokaaviossa

TIETOSUOJA	HAVAINTOJEN TEKEMINEN ASIAKASKÄYNNILLÄ	OSAAMINEN, KOULUTUS, MOTIVAATIO	PEREHDYTYKSEN TAVOITTEET	KOTIHOIDON RAPORTOINNIN ONGELMAT YHTEISTYÖ- TAHON SUUNTAAN
Kuka vie muistitikun?	Kirjaamisessa painottuu liikaa, mitä käynnillä tehtiin	Rakenteinen kirjaaminen ei ole tuttua	Oikeaoppista kirjaimista toivottu	
Tietoturvariski viedä muistitikulla raportteja Efficaan skannattavaksi	Opeteltaisiin kirjaamaan asiakkaan kotona samalla haastatellen	Osa ehtii kirjoittaa raportteja, osa ei (jos ei lue erikseen työstä)	Aikaa ei ole perehdytykseen.	
Kenelle palaute menee? Luetaanko se?	Ristiriita hoitajan havainnon ja asiakkaan kokemuksen välillä → loukkaantuminen (asiakkaan)	Kirjaamisen vaatimus on kova suhteessa osaamiseen	Toiminnallisesti raportoida! Mitä se on?	
Muistitikun tietosuoja?	Pinnallista havainnointia ja kirjaamista	Kuvaileva kirjaaminen on osalle vieraampaa	Osa työntekijöistä jännittää kk-raportin tekoa perehdytyksestä huolimatta	
	Näistä lisää: mieliala, vointi yleensä, uni, ruokahuu, kivut, tarpeet, lääkitys	Koulutuksen puute kirjaamisessa	Perehdytysvastuu vakituiset vs. sijaiset (pitkäaikaiset)	
		Tekevätkö kaikki työntekijät raportin yhtä innolla/ laadukkaasti		
	Onko raportti/ palaute strukturoitu?	Aikapula	Asiakastietokannasta ei saa raportteja ulos	
	Mitä yhteistyötaho haluaa, entä lääkäri raportin sisällöltä	Joitakin liian lyhyitä käyntejä, vaikea kirjata laadukkaasti asiakkaan ajalla	Asiakastietokannan valmiit fraasit eivät palvele	
	Tiedetäänkö yhteistyötahon laatuvaatimukset?	Kuvailevammalla, laajemmalla fraasilla olisivat tarpeen	Asiakastietokannan viestit eivät kulje reaaliajassa aina	
		Uusia työntekijöitä	Kuvailevammalla (laajemmalla) fraasilla olisivat tarpeen	
		Muut akuutit asiat ajavat raportin koontia edelle	Saako mittaustulokset kootusti tulostettuna?	
		Ei ole kustannustehokasta työskentelyä	Asiakas-tietokannan yhteydet pätkivät	
		Miten riittää raportointiin vaadittava aika?	Tietokoneiden vähyys	
			Epäergonominen toimisto	
			Vanhat tietokoneet → syy wlan-yhteyden pätkimiseen	
	LAATUVAATIMUKSET	AIKARESSURSSI	TEKNISET RESURSSIT	